

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



**“PATRONES DE PERSONALIDAD Y SENTIMIENTOS DE CULPA EN PARRICIDAS
DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE MUJERES SOCABAYA-AREQUIPA,
2015”**

Tesis presentado por las Bachilleres:

CAHUANA CORAZA, MARY LUZ

VALDIVIA CANALES, SILVIANITA ELIZABETH

Para optar el título profesional de Psicólogas

AREQUIPA-PERÚ

2017

PRESENTACIÓN

Señor Rector de la Universidad Nacional de San Agustín.

Señor Decano de la Facultad de Psicología, Relaciones Industriales y Ciencias de la Comunicación.

Señor Director de la Escuela Profesional de Psicología.

Señora Presidenta del Jurado.

Señores Catedráticos Miembros del Jurado.

Tenemos el honor de dirigirnos a ustedes Señores Miembros del Jurado con el propósito de poner a su consideración el presente trabajo de tesis titulado “Patrones de Personalidad y Sentimientos de Culpa en Parricidas del Establecimiento Penitenciario de Mujeres Socabaya-Arequipa, 2015”, el mismo que tras su revisión y dictamen favorable nos permitirá optar el Título Profesional de Psicólogas.

Cumpliendo con los requerimientos del reglamento vigente, esperamos que vuestra justa apreciación evalúe el esfuerzo realizado y que la presente investigación sirva de aporte al conocimiento psicológico y sea un incentivo para que se realicen otras investigaciones.

Arequipa, enero del 2017.

Bachilleres:

MARY LUZ CAHUANA CORAZA

SILVIANITA ELIZABETH VALDIVIA CANALES

DEDICATORIA

A mis padres David Lucio Suaña Mamani y Francisca Coraza Cárdenas por su apoyo incondicional, en el trayecto de mi vida me han demostrado su amor, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos. Este logro se los dedico a ustedes porque son el pilar fundamental de mi vida y el motivo que me impulsa a salir adelante.

Mary Luz Cahuana Coraza

A mi madre Silvia Canales Gamero, que ahora está en el cielo, por darme la vida, quererme, creer en mí, por enseñarme a seguir adelante a pesar de todo y realizar mis metas. Mamá gracias, por darme aliento para continuar cuando parecía que me iba a rendir, esta carrera te la debo a ti.

Elizabeth Valdivia Canales

AGRADECIMIENTO

A la directora por permitirnos el acceso al Establecimiento Penitenciario mujeres de Arequipa, a la Jefa del Órgano Técnico de Tratamiento por habernos dado las pautas generales para nuestro desenvolvimiento dentro del Recinto Penitenciario, a la Psicóloga por el apoyo brindado en la realización de nuestra investigación, al personal de seguridad y administrativo por brindarnos la información y las facilidades necesarias para nuestro adecuado desenvolvimiento.

Las autoras

RESUMEN

La presente investigación tiene por título “Patrones de Personalidad y Sentimientos de Culpa en parricidas del Establecimiento Penitenciario de Mujeres Socabaya-Arequipa, 2015” el objetivo es establecer la relación entre la personalidad y los sentimientos de culpa en las internas recluidas por el delito de parricidio. En esta investigación se utilizó un muestreo No Probabilístico de tipo Intencional basándonos en los criterios de inclusión y exclusión, la muestra estuvo conformada por 21 internas de las cuales se trabajó con 17 entre las edades de veinte a cincuenta y siete años.

En la investigación se utilizó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III) y la Escala para medir el Sentimiento de Culpa (SC-35), siendo ambos instrumentos confiables. Para la realización del análisis y la interpretación de los resultados se utilizó el programa SPSS versión 22 y la prueba no paramétrica Chi cuadrada con residuos tipificados.

Los resultados de la investigación evidencian que las internas parricidas tienen características de personalidad narcisistas orientadas a la grandiosidad, la necesidad de admiración con tendencia a la utilización de los demás para conseguir objetivos personales. Presentan sentimientos de culpa relacionados con la vergüenza como consecuencia de su accionar y la aprensión como el desagrado que se siente hacia una persona por miedo a ser lastimadas.

Palabras claves: Parricidio, Personalidad, Patrones de Personalidad, Síndromes Clínicos, Sentimientos de Culpa.

ABSTRACT

The present investigation deems Personality Patrones as title And Guilt Feelings in parricides of Mujeres Socabaya Arequipa's Penitentiary Establishment, 2015 the objective is establishing the relation between personality and the guilt feelings in the interns shut in by the crime of parricide. In this investigation was used a sampling No Probabilístico of Intentional guy basing us on the criteria of inclusion and exclusion, the sample was shaped by 21 interns which it was worked up of with 17 between the ages from twenty to fifty seven years.

In investigation was used the Clinical Multi-Axial Inventory of million IAI (MCMI IAI) and the scale to measure the Guilt Feeling (SC 35), being both reliable instruments. For the realization of the analysis and the interpretation of the results was used the program SPSS version 22 and tries it not parametric Chi liked with categorized leftovers.

Research findings evidence that the in-patient parricides have characteristics of narcissistic personalities guided to grandeur, the need from prone admiration to the utilization of the other ones to get personal objectives. They present guilt feelings related with the shame as a consequence of his triggering and the apprehension like the displeasure that is felt toward a person for fear to be hurt.

Passwords: Parricide, Personality, Personality Bosses, Clinical Syndromes, Guilt Feelings.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	I
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT.....	V
ÍNDICE.....	VI
LISTA DE CUADROS.....	X
LISTA DE GRÁFICOS	XI
INTRODUCCIÓN	XII

CAPITULO I PROBLEMA DE ESTUDIO

1.	PLA
NTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
2.	OBJE
TIVOS.....	3
3. HIPÓTESIS	
4	
4. VARIABLE E INDICADORES	5
5. JUSTIFICACIÓN	6
6. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.....	11
7. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	14

CAPITULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

a)	PSIC
OLOGÍA JURÍDICA.....	16
1.1	Psicol
ogía forense.....	16
a).....	Evalu
ación y Diagnóstico:	17
b)	Aseso
ramiento	17
c).....	Interv
ención	18
d)	Super
visión	18
e).....	Invest
igación	18
1.2	Psicol
ogía criminológica	18
1.3	Delito
.....	19
1.3.1	Tipos
de delitos.....	19
a).....	Dolos
o	19
b).....	Culpo
so.....	19
1.3.2	Clasif
icación de los delitos según el código procesal penal	19
A.	Delito
s contra la vida, el cuerpo y la salud.....	19

a)	Homicidio simple (ART. 106°).....	19
b)	Parricidio (ART. 107°)	20
c)	Homicidio calificado-asesinato (ART. 108°)	20
d)	Feminicidio (ART. 108° B)	20
e)	Homicidio por emoción violenta (ART. 109°)	21
f).....	Infanticidio (ART. 110°)	21
g)	Homicidio culposo (ART. 111)	22
h)	Homicidio piadoso (ART. 112°).....	22
i).....	Instigación o ayuda al suicidio (ART 113°)	22
j).....	Lesiones graves	22
2.	Personalidad	23
2.1	Visión general de la personalidad	23
2.2	Perspectivas de la personalidad	25
2.2.1	Perspectiva Nomotética de la personalidad	25
2.2.2	Perspectiva Ideográfica de la personalidad	26
2.2.3	Perspectiva	

activa Integradora de la personalidad	26
2.3	Perso
nalidad criminal	27
a.	Diagn
óstico de la capacidad criminal o temibilidad	28
b.	Diagn
óstico de la inadaptación social	28
2.4	Teoría
biosocial de Theodore Millon	29
3.	Emoc
iones.....	34
3.1. Particularidades fundamentales de las vivencias emocionales.....	36
3.2. Clasificación de las emociones.....	37
3.2.1 Sentimientos	37
a. Claridad y precisión de la vivencia emocional	38
b. Duración limitada	39
c. Carácter concientizado	39
d. Materialidad.....	39
3.2.1.1 Sentimientos morales	39
3.2.1.1.1 Sentimientos de culpa	40
➤.....	Aport
es al psicoanálisis al sentimiento de culpa	41
➤.....	Aport
es conductuales.....	42
➤.....	Aport
es cognitivos	42
➤.....	Aport
e de la Teoría interpersonal de la culpa	43
3.2.1.1.2 Desarrollo del sentimiento de culpa.....	43
3.2.1.1.3 ¿Cuándo es sano un sentimiento de culpa?	44
•	Cuan

do es más consciente	44
•	Cuan
do duele por haber hecho daño a otros	45
•	Cuan
do incita a hacer algo bueno	45
•	Cuan
do ayuda a pisar suelo	46
•	Cuan
do nos invita a perdonar y a perdonarnos	46

CAPITULO III METODOLOGÍA

1.	PAR
ADIGMA DE INVESTIGACIÓN	48
2.	SUJE
TOS.....	49
i.....	Criter
ios de inclusión	49
ii.....	Criter
ios de exclusión.....	49
3.	INST
RUMENTOS	51
3.1 Inventario Clínico Multiaxial de Millon III.....	51
3.2 Escala para medir Sentimientos de Culpa	61
4.	PRO
CEDIMIENTO	68

CAPITULO IV

RESULTADOS	69
------------------	----

CAPITULO V

DISCUSIÓN.....	79
CONCLUSIONES.....	84
RECOMENDACIONES	86
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87

LISTA DE CUADROS

Cuadro No. 1: Variable Nro. 1 Personalidad	5
Cuadro No. 2: Variable Nro. 2 Sentimientos de Culpa.....	6
Cuadro No. 3: Características de la muestra	49
Cuadro No. 4: Patrones clínicos de personalidad	52
Cuadro No. 5: Patología grave de la personalidad.....	54
Cuadro No. 6: Síndromes clínicos de la personalidad	54

Cuadro No. 7: Síndromes clínicos graves de la personalidad.....	56
Cuadro No. 8: Confiabilidad global del Alfa de Cronbach.....	59
Cuadro No. 9: Confiabilidad mediante la prueba de Spearman Brown.....	59
Cuadro No. 10: Confiabilidad según el Alfa de Cronbach de los patrones clínicos, patrones clínicos graves, síndromes clínicos y síndromes clínicos graves.....	60
Cuadro No. 11: Significado de las puntuaciones de sentimientos de culpa.....	64
Cuadro No. 12: Confiabilidad global de Alfa de Cronbach.....	65
Cuadro No. 13: Alfa de Cronbach y Spearman Brown.....	67
Cuadro No. 14: Correlación entre los patrones clínicos de personalidad con la escala de sentimientos de culpa	76
Cuadro No. 15: Correlación entre los patrones graves de la personalidad con la escala de sentimientos de culpa	77
Cuadro No. 16: Correlación entre los síndromes clínicos de personalidad con la escala de sentimientos de culpa	78

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico No. 1: Medidas de tendencia central de los Patrones Clínicos de Personalidad (MCMI-III)	70
Gráfico No. 2: Medidas de tendencia central de patología grave de la personalidad (MCMI-III)	71

Grafica No. 3: Medidas de tendencia central de los síndromes clínicos

(MCMI-III)72

Gráfico No. 4: Medidas de tendencia central de síndromes clínicos graves

(MCMI-III)73

Gráfico No. 5: Medidas de tendencia central de la escala de los Sentimientos de

Culpa (SC-35).....74

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la violencia en sus distintas manifestaciones se ha agudizado en todo el mundo y representa una de las problemáticas más importantes de la sociedad, en el Perú la violencia se manifiesta en diversos contextos, desde el núcleo familiar hasta la sociedad como conjunto. El Centro de Emergencia Mujer (CEM, 2015) concluye que entre los meses de enero a junio del presente año se han registrado 28,790 casos de violencia y el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2014) registra que los delitos más cometidos en el Perú son los parricidios, feminicidios, robos, estafas y extorciones.

Una de las expresiones más alarmantes de violencia lo constituye el parricidio, un delito que lentamente ha ido tomando posición en nuestro medio social. El Instituto Nacional Penitenciario (INPE, 2015) informa que de los homicidios en el Perú, los parricidios representan un 7%, también indica que en la actualidad existen 533 casos de parricidio tipificados por el Código Procesal Penal y que las madres así como los hijos son las

principales víctimas. Esta situación es alarmante debido al incremento de los casos de parricidio en los últimos años y es considerada una preocupación para nuestra sociedad.

El parricidio se evidencia cuando el agente activo con pleno conocimiento del vínculo emocional que tiene con su víctima dolosamente le da muerte, el vínculo de parentesco es un elemento fundamental que lo diferencia del homicidio. Es importante recalcar que el delito de parricidio es cometido por personas que no están relacionadas con el ámbito delincuencial, es decir el 90% de los casos ocurre con personas que no tienen antecedentes penales (INPE, 2015).

Es indignante observar que muchas personas sin reparo causan la muerte de sus progenitores, hijos, hermanos, parejas sentimentales, constituyéndose en un problema social; de ahí deriva la importancia de nuestra investigación, ya que es necesario determinar las características de personalidad de los parricidas, lo que podría ayudarnos a prevenir el aumento de la tasa de parricidios mediante programas de prevención e intervención a nivel de familias porque consideramos que en este núcleo se gesta la mente criminal, además rehabilitar prestando más atención a las poblaciones vulnerables y conocer si los parricidas experimentan sentimientos de culpa después de cometer el delito para contribuir en la obtención de beneficios penitenciarios; así también en nuestro medio existe un vacío en el estudio de esta figura legal que nos ha impedido contrastar resultados.

En la presente investigación se utilizará el enfoque Biosocial de la personalidad de Millon (1969), esta teoría nos permitirá analizar las características de personalidad de las parricidas desde una perspectiva integradora considerando factores biológicos, psicológicos y sociales. También valoraremos si las internas recluidas por el delito de parricidio experimentan sentimientos de culpa con el objetivo de poder prevenir futuros casos.

Esta investigación presenta un *paradigma Cuantitativo*, el tipo de investigación es *transversal descriptivo correlacional*; porque nos permite recoger datos en un mismo

momento, debido a que indagaremos la incidencia y estaremos determinando el grado de relación que existe entre las variables. El tipo de muestreo es *no probabilístico*, de tipo *intencional* ya que la muestra fue escogida de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

La presente tesis se divide en cinco capítulos; el primer capítulo presenta los planteamientos previos que guían las metas de la investigación, en el segundo capítulo tenemos la revisión de la literatura relacionada a las variables del estudio, el tercer capítulo despliega el marco metodológico de la investigación, en el cuarto capítulo tenemos los resultados de nuestra investigación en cuadros y gráficos con sus respectivas interpretaciones y finalmente en el quinto capítulo exponemos la discusión, conclusiones y recomendaciones de la investigación. A la vez esperamos que los conocimientos aportados sean de utilidad para investigadores interesados en el tema.

Las Autoras

CAPITULO I

PROBLEMA DE ESTUDIO

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los parricidios se están incrementando alarmantemente, en nuestro país nos hemos vistos impactados por crueles casos originados por situaciones delicadas o conflictivas dentro del seno familiar, causado por adolescentes, jóvenes y adultos. Muchos padres, podrían estar criando un hijo psicópata, que aún sin llegar a quitar la vida a alguien, es capaz de causar daño y tendrá serios problemas para alcanzar la felicidad y el éxito, varios casos tienen en común la juventud y características de conducta psicopática, pero con diferentes causas.

Lo ocurrido en noviembre 2013 con el caso de la empresaria María Rosa Castillo Gonzales, que murió a manos de su hijo de 22 años, Marco Arenas, quien confesó a la Policía, sin remordimientos, que abrazó y estranguló a su madre en su propia casa, después de una violenta discusión, porque ésta descubrió el robo sistemático de

dinero y de joyas, llevando luego el cadáver a un descampado de Manchay - Lima, donde la quemó. O podemos mencionar el escalofriante episodio de muerte de otra madre Gabriela Niño de Guzmán que muere a manos de su hija de 15 años en marzo del 2014 durmiendo con el cadáver por dos meses.

En nuestra ciudad los medios de comunicación nos dan a conocer en mayo 2014 que Karina Quispe Huamantuma de 32 años le incrustó una tijera a su conviviente Javier Fuentes Sirata, a la altura del corazón, en el momento que discutían luego de tomar licor en su vivienda ubicada en el pueblo joven Miguel Grau, en Paucarpata, lo que provocó la muerte de su pareja. Ana Cruz Yanque de 20 años confiesa en abril del 2015 que les había quitado la vida a sus dos hijas de 2 años y 11 meses, por la desesperación de no poder darles alimento.

Como anteriormente se ha descrito, el parricidio se desencadena en donde a sabiendas que existe un lazo de parentesco o de convivencia se le quita la vida a una o varias personas, se trata de rabia, rencor que se dispara en ira desmesurada; la percepción de un ser humano a quien todo se le acaba, porque todo está en su contra, generándole odio irracional, lo que lleva al progenitor a asesinar a sus niños para acabar con sus precariedades o sufrimientos y hacer el máximo daño al cónyuge, en otros casos es la ambición por el poder o los bienes materiales, que quedaran a su beneficio al eliminar al progenitor, hermano u otro familiar que se interpone a sus objetivos.

En otros casos el estrés emocional producido por un fracaso que supone el abandono, separación o divorcio, o los celos patológicos ligados a los brotes psicóticos que en ciertos casos son cuadros heredados, pero que medicados correctamente pueden ser llevaderos, además se deben considerar como otro de los móviles para estos desequilibrios a los terribles efectos del alcohol y las drogas, lo cierto es que estos son los motivos que dirigen la mano de un padre, madre, hijo, hermano, tío, primo, u otro a quitarle la vida a otro ser de su propia familia.

Es así que debemos analizar a la violencia como otro factor que influye en la creciente tasa de parricidios, siendo en nuestro medio social un problema de salud

pública frecuente en niños, grupos vulnerables e incluso entre hombres, este fenómeno ha sido estudiado por la sociología para poder determinar causas y establecer canales que sirvan para evitar la práctica de este mal social que produce un impacto devastador. Ahora se sabe, que no sólo existe la violencia física, sino también las agresiones psicológicas que poco a poco ponen en riesgo la seguridad de quienes la viven; paradójicamente, se tienen pruebas de que las mujeres embarazadas son más propensas de vivirla; esto puede deberse al estado de vulnerabilidad en el que se encuentran, normalmente el agresor ya ha dado muestras antes del embarazo, pero en esta etapa se recrudecen y suelen tomar más fuerza.

Habiendo revisado la problemática que hace que una persona pueda convertirse en parricida y sabiendo la crueldad con la que muchos de ellos han actuado, es que surge la pregunta de investigación queriendo dar respuesta a la interrogante: ¿Cuál es la relación entre los patrones de personalidad y los sentimientos de culpa de las internas recluidas por los delitos de parricidio del Establecimiento Penitenciario Socabaya – Arequipa 2015?

3. OBJETIVOS

a. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la relación entre los diferentes Patrones de Personalidad y los Sentimientos de Culpa en las internas por el delito de Parricidio del Establecimiento Penitenciario de Mujeres Socabaya-Arequipa 2015.

b. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer las características sociodemográficas más relevantes de las internas por el delito de parricidio del establecimiento penitenciario de Mujeres Socabaya-Arequipa 2015.

- Identificar los Patrones Clínicos y Patología Grave de la Personalidad de las internas por el delito de parricidio del establecimiento penitenciario de Mujeres Socabaya-Arequipa 2015.
- Identificar los Sentimientos de Culpa de las internas por el delito de parricidio del establecimiento penitenciario de Mujeres Socabaya- Arequipa 2015.
- Correlacionar la personalidad y sus diferentes expresiones con el sentimiento de culpa que presentan las internas por el delito de parricidio del Establecimiento Penitenciario de Mujeres Socabaya-Arequipa 2015.

4. HIPÓTESIS

a. Hipótesis generales

H (1). Existe relación entre los diferentes patrones de personalidad y los sentimientos de culpa en las internas por el delito de parricidio del establecimiento penitenciario de mujeres Socabaya-Arequipa 2015.

b. Hipótesis específicas

H (1). Las internas recluidas por el delito de parricidio del Establecimiento Penitenciario de Mujeres Socabaya-Arequipa 2015, presentan patrones de personalidad narcisistas.

H (2). Las internas recluidas por el delito de parricidio del Establecimiento Penitenciario de Mujeres Socabaya-Arequipa 2015, presentan sentimientos de culpa excesivos debido al delito cometido.

5. VARIABLES E INDICADORES

Cuadro N° 1

Variable Nro. 1: Personalidad

INDICADORES		SUB INDICADORES
Variable Nro. 1: Personalidad	Inventario Clínico Multiaxial de Millon III	Patrones Clínicos de Personalidad
		1 Esquizoide
		2A Evitativo
		2B Depresivo
		3 Dependiente
		4 Histriónico
		5 Narcisista
		6A Antisocial
		6 B Agresivo
		7 Compulsivo
		8A Negativista
		8B Autodestructivo
		Patología grave de la personalidad
		S Esquizotípica
		C Límite
		P Paranoide
		Síndromes Clínicos
		A Trastorno de ansiedad
		H Trastorno somatomorfo
		N Trastorno bipolar
		D Trastorno distímico
		B Dependencia de alcohol
		T Dependencia de sustancias
		R Trastorno estrés postraumático
		Síndromes Clínicos Graves
		SS Trastorno del pensamiento
		CC Depresión mayor
		PP Trastorno delirante

Cuadro N° 2
Variable Nro. 2: Sentimientos de culpa

Tipo de variable	Instrumento	Indicadores
Variable Nro. 2: Sentimientos de Culpa	Escala para medir Sentimientos de culpa (SC-35)	Autodesprecio
		Aprensión
		Vergüenza
		Sentimiento de indignidad
		Necesidad de reparación
		Insatisfacción por la vida pasada
		Defraudar las expectativas de los otros
		Desagrado de un superyó exigente

6. JUSTIFICACIÓN

La violencia existente en todo el mundo en sus diversas expresiones preocupa a nuestra sociedad y es considerado en la actualidad como un problema de salud pública que perjudica al desarrollo de un país. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) informa que cada año más de 1,6 millones de personas pierden la vida como resultado de la violencia autoinfligida, interpersonal y colectiva siendo la principal causa de muerte para la población mundial.

La oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito (UNODC, 2014) indica que Honduras es el país más violento del planeta con una tasa de 90.4 por cada 100,000 habitantes. Venezuela ocupa el segundo lugar con una tasa de 53.7 seguida de Colombia, Brasil, México y Perú tiene una tasa de 9.6 por cada 100, 000 habitantes debido a las elevadas tasas de índice de criminalidad la Organización Mundial de la Naciones Unidas (ONU, 2014) atribuyo que el elevado índice de asesinatos en América Latina se debe al crimen organizado en donde la impunidad incentiva el crimen y los países Latinoamericanos tienen las tasas más bajas de condenas por homicidios y parricidios pues solamente el 24% de cada 100 habitantes tiene una sentencia condenatoria y en cierta medida se puede atribuir a este motivo el incremento de los delitos como es el caso de los parricidios.

Debido al incremento de la violencia los delitos y actos criminales, reciben atención prioritaria es así que la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2002) estudio la relación de los trastornos mentales con la violencia y la conducta agresiva por otro lado los países, instituciones y organizaciones mundiales en la actualidad se ven obligados a atender de manera urgente este fenómeno debido a su amenazante y constante incremento (Vásquez, 2004).

Por su parte la OMS (2003), define la violencia como el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona, un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

En el Perú la violencia y los actos criminales están incrementándose, todos los días nos informamos por los medios de comunicación de casos indignantes de violencia ocurrida en las familias, en las instituciones educativas, los lugares de trabajo e incluso en las instituciones médicas y sociales encargadas de atender a las personas.

En nuestro país las conductas violentas son cada vez más frecuentes, se observa mucha incidencia en los delitos cometidos contra la vida el cuerpo y la salud en donde encontramos al homicidio simple y calificado, infanticidio, feminicidio y parricidio. Estos fenómenos complejos están determinados por factores biológicos

que explican parte de la predisposición a la agresión teniendo en cuenta que también interactúan con factores psicológicos, familiares, sociales y culturales.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2014) informa que el 38,9% de la población peruana ha sido víctima de un delito, solo el 12,3 % denunció el hecho y apenas el 5,5 % considera que obtuvo resultados positivos al denunciar el delito. Por otro lado el informe de la Dirección de Investigación Criminal (DIRINCRI, 2014) alertó sobre el incremento de los “crimines por convivencia humana” es decir aquellos delitos que ocurren dentro de las familias ocasionado por diversos motivos y que el número de estos casos aumentó en un 60% en los últimos meses.

Dentro de “crimines por convivencia humana” encontramos al delito del parricidio, un fenómeno complejo que involucra a los miembros de la familia unidos por vínculos de parentesco y emocionales, debido a su incidencia en los últimos años surge la necesidad de investigar y encontrar explicaciones de la conducta delictiva del parricida y su vinculación a los trastornos de personalidad con el objetivo de establecer las causas de este delito para ello es importante conocer las características de personalidad de las parricidas y comprender los motivos que las llevaron a este desenlace fatal y así poder acercarnos en cierta medida a la predicción de la conducta delictiva y buscar pautas para este tipo de conductas en personas afectadas por estos trastornos.

A lo largo de la historia muchos investigadores dedicados al estudio del comportamiento humano se han interesado acerca de si las personas que cometen delitos tienen determinadas características de personalidad que nos puedan llevar a predecir e incluso poder evitar la ocurrencia de los mismos, por ello los estudios en este campo se han incrementado teniendo en cuenta que existe una gran dificultad para establecer predicciones de conducta delictiva basada en rasgos o características de personalidad debido a la complejidad del ser humano (Vásquez, 2012).

Existen diversos teóricos que abordaron la personalidad desde diversos enfoques intentando explicar y predecir el comportamiento humano. Sin embargo la teoría de

Millon (1998) informa que la estructura de la personalidad está determinada por factores biológicos y psicosociales, de esta manera contribuye con un importante avance en el estudio de los trastornos de la personalidad y propone que la personalidad normal y patológica comparten los mismos principios y mecanismos de desarrollo en cuanto a los rasgos básicos que la componen, la diferencia está en que los trastornos de personalidad evidencian déficit de adaptación al medio, mostrando conductas rígidas y poco adaptativas.

Palomino y Cool (2007), mencionan que existen factores biológicos, en particular en el funcionamiento cerebral de la conducta violenta, pero es claro que en el comportamiento violento también influyan diversos factores ambientales como el abuso de sustancias tóxicas, familias disfuncionales, el fracaso escolar y social, entre otros. Por lo que consideramos que la violencia no sólo se debe a factores biológicos, sociales, sino también a variables complejas e individuales como la personalidad. Los especialistas señalan que el perfil disocial y psicopático se gesta desde niños porque existe la capacidad de distinguir entre lo bueno y lo malo, se desarrolla la conciencia moral, pero hay conductas negativas que los padres no corrigen ni ponen límites a tiempo. Sin duda uno de los modelos teóricos de la personalidad más difundido es el propuesto por Theodore Millon que además de incluir aspectos cognitivos, conductuales añade también factores derivados de perspectivas interpersonales y psicodinámicas (Pérez, 2007).

Es por ello que tomamos en cuenta la teoría de Millon (2000) que concibe a la personalidad como un patrón complejo de características profundamente arraigadas que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar y que se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento de individuo. Estos rasgos intrínsecos surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizajes que comprenden el patrón idiosincrático de sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo.

Es importante destacar que las personas con trastornos de personalidad son individuos que pueden entrar en conflicto con la normatividad social. Así Mesa

(1999), indica que el patrón de conducta inadaptada que manifiestan estas personas afecta su personalidad haciendo que el individuo sufra y haga sufrir a los demás, existiendo habitualmente rechazo de estas personas hacia la sociedad y sus normas. Podemos interpretar que la conducta delictiva es un signo de dificultad de adaptación al entorno y que las personas con trastornos de personalidad pueden detectarse fácilmente.

Según el Ministerio de Salud (2014), afirma que el vínculo entre los hijos y la madre, en los primeros años de vida suele ser más fuerte pero es difícil afirmar que la relación entre los hijos y sus padres siempre ha sido de amor. Ponce (2014) señala que las madres pasan más tiempo con sus hijos y le transmiten las normas de convivencia.

En una investigación reciente llevada a cabo en la Universidad de Jaén, realizada por Ribes y Contreras (2008) en donde estudiaron a 1783 sentenciados por delitos vinculados a la vida, el cuerpo y la salud observaron que el 60,81% de los sentenciados tienen trastornos relacionados al consumo de sustancias y que el 11,72% presentan trastornos de personalidad.

Esta investigación remarca la existencia de los trastornos de personalidad en personas que cometieron delitos, estos datos no pueden ser generalizables por eso consideramos que es importante estudiar esta problemática en internas parricidas en nuestra sociedad. No existen investigaciones en nuestro medio que nos permitan recolectar datos pero si se han realizado investigaciones de personalidad junto a otras variables, de ahí el interés en el tema de investigación debido a la incidencia de parricidios en nuestra sociedad.

Asimismo se conocerá científicamente que tipos de personalidad son los más propensos a cometer este delito, para que así los profesionales en psicología sobre todo los que trabajan con poblaciones vulnerables, centros de reclusión y centros de

readaptación juvenil, tomen más interés en este tipo de pacientes y se prevengan hechos lamentables que cada día son más frecuentes en nuestra sociedad.

7. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

A continuación describimos las investigaciones realizadas a nivel mundial y que guardan relación con el tema de estudio:

En el año 2015, Silvia Balladares y Mario Saiz de la Universidad Católica de Uruguay, realizaron un estudio titulado “Sentimiento y afecto” en donde se explora la relación de la función sentimiento con el afecto positivo y negativo y las metas motivacionales de expansión-perseveración, la muestra utilizada fue de 200 estudiantes universitarios. La función sentimiento y la expansión-perseveración se estudia a través del Inventario de Estilos de Personalidad (MIPS) y el afecto positivo y negativo a través de la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS). Los resultados obtenidos muestran que existe una correlación inversa entre la función sentimiento y el afecto positivo no encontrándose correlación entre el afecto negativo y la expansión- perseveración.

En el año 2013, Nelly Barrios Herrera, Laura Sánchez Betancourt y Yenny Salamanca Camargo de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, realizaron una investigación titulada “Patrones de personalidad patológica y estrategias de afrontamiento en estudiantes de psicología”, este Estudio no experimental de tipo correlacional tuvo como objetivo analizar la relación entre los patrones de personalidad patológica y estrategias de afrontamiento en 117 estudiantes de psicología con edades comprendidas entre los 18 y 33 años; se utilizó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III y la Escala de Estrategias de Coping. El análisis de resultados se obtuvo con el coeficiente de correlación de Spearman y el paquete estadístico SPSS, versión 19.0 en donde indicó mayor presencia respecto a la estrategia de afrontamiento solución de problemas y el patrón de personalidad

patológico narcisista; en cuanto a la correlación entre estas dos variables es significativamente baja.

En el año 2011, Laura Gonzáles Guerrero de la Universidad Complutense de Madrid, realizó un estudio titulado “Trastornos de la personalidad: Influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal”, el objetivo de la investigación fue analizar el comportamiento delictivo de los imputados con trastornos de la personalidad y determinar si existen características psicopatológicas y comportamentales que los hagan propensos a implicarse en actos delictivos. La muestra utilizada fue de 260 mujeres entre 34 a 41 años de edad, sentenciadas por diversos delitos en los distintos penales de Madrid. El procedimiento consistió en el análisis descriptivo de los datos extraídos de los casos de jurisprudencia y se codificaron los datos necesarios. Los resultados indican que el trastorno de personalidad que prevalece en las internas es el trastorno antisocial reflejado en la vulneración de los derechos de los demás, también presentan trastornos límite, paranoide y narcisista.

En el año 2011, Ana Lilian Coronado Hernández y Ligia Paola López Alvarado de la Universidad de San Carlos de Guatemala, realizaron una investigación titulada “La culpa en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar” el objetivo fue identificar como se genera la culpa en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar utilizando una muestra de 17 mujeres entre las edades de 14 a 65 años que han sido o siguen siendo víctimas de este tipo de violencia. Los instrumentos utilizados fueron los siguientes: La Escala para medir el Sentimiento de Culpa (SC-35), historias de vida donde las mujeres plasmaron sucesos relevantes que las marcaron en alguna etapa de su desarrollo, y como tercer instrumento la observación directa la cual permitió discernir, inferir y poder estudiar el comportamiento de las víctimas de violencia dentro de su contexto. Los resultados de la investigación nos indican que la culpa es un sentimiento que todo ser humano es capaz de desarrollar pero la mujer víctima de violencia lo desarrolla más fácilmente; con ello se perjudica su entendimiento racional ya que esta termina actuando según normas emocionales creando en ella cúmulo de emociones no satisfactorias en su vida y por otro lado tenemos que las

mujeres que han asistido a grupos de orientación psicológica u otra consejería especializada dirigida individualmente o en forma grupal, tienden a pensar distinto a las mujeres que no han podido o no han buscado ayuda terapéutica.

En el año 2011, Milvia Cortés Hernández de la Universidad Panamericana de Guatemala, realizó un estudio titulado “Análisis comparativo de los delitos de Femicidio y Parricidio”, el objetivo fue desarrollar el análisis comparativo entre el delito del parricidio y el de feminicidio para poder comprender sus similitudes y sus diferencias. La muestra

En el año 2003, Itziar Etxebarria y Judith Pérez de la Universidad del País Vasco de España, realizaron un estudio titulado “Qué nos hace sentir culpa, categorías de eventos en adolescentes y adultos de uno y otro sexo” y cuyo objetivo fue analizar la gran diversidad de eventos que provocan sentimientos de culpa. La muestra estuvo constituida por 202 sujetos: un grupo de adolescentes (64 varones y 65 mujeres) de 15 a 19 años y otro de adultos (34 varones y 39 mujeres) de 25 a 48 años. El instrumento que utilizaron fue un cuestionario en donde los sujetos describieron su última experiencia de culpa y tres cosas que habitualmente les hacían experimentar sentimientos de culpa. En relación de los cuestionarios se agruparon en 21 categorías de eventos, las más frecuentes fueron las de “descuido de la relación con alguien”, “implicación en alguna desgracia ajena”, “demora o descuido de los estudios o el trabajo” y “ser rudo, desagradable, frío o agresivo con alguien”. Se encontraron diferencias relevantes en las frecuencias de las distintas categorías en función de la edad y el sexo.

En el año 1992, la Universidad del País Vasco de España, realizó un estudio titulado “El sentimiento de culpa y abandono de los valores paternos” el objetivo de la investigación fue relacionar la culpa con los siguientes predictores: Valores morales de los progenitores, tipo de disciplina parental, características del medio familiar y valores de los amigos. La muestra estuvo conformada por 252 estudiantes de Bachillerato Unificado Polivalente, 133 varones y 119 mujeres de 16 a 19 años. El instrumento utilizado fue un cuestionario que constaba de cuatro partes: Culpa,

valores, disciplinas y ambiente familiar; en esta última parte se utilizó la Escala de Clima Social en la Familia a través de una serie de 10 pequeñas historias semiproyectivas en las cuales se presentaba a los sujetos una situación en donde se cometía una transgresión o falta. Los resultados obtenidos indica que la culpa en la mujer y el influjo de los amigos tiene influencia cuando los jóvenes empiezan a rechazar los valores parentales para comenzar a pensar de un modo más favorable sobre determinadas cuestiones que en su familia se consideran “moralmente incorrectas”.

Es importante resaltar a que nivel Nacional no se han realizado investigaciones relacionadas al tema de investigación.

8. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

A. Parricidio: El que, a sabiendas mata a su ascendiente, descendiente, natural o adoptivo o a una persona con quien sostiene o haya sostenido una relación conyugal o de convivencia, será reprimido con pena privativa de libertad no menor a quince años (At. 107, cit. Por Código Penal, 2010).

B. Personalidad: Patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar y se expresan automáticamente en todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizajes, y en última instancia comprenden el patrón idiosincrático de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo (Millon, 2000).

C. Rasgos de personalidad: Alude a las características más estables, fijas y constantes del comportamiento (Millon, 2000).

- D. Patrones de personalidad:** Son pautas persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales (Millon, 2000).
- E. Patrones de personalidad grave:** Son características muy marcadas y generalizadas de funcionamiento que perpetúan y agravan las dificultades cotidianas. Están tan implementados y son tan automáticos que el individuo a menudo no es consciente de su naturaleza y de sus consecuencias autodestructivas. En condiciones de adversidad persistentes, estos estilos desadaptativos pueden empezar a descompensarse, adquiriendo rasgos de severidad moderada o marcada (Millon y Davis 2007).
- F. Síndromes Clínicos:** Son estados relativamente claros y transitorios, aumentando o disminuyendo con el tiempo en función del impacto de situaciones estresantes y aparecen de formas llamativas o dramáticas (Millon y Davis 2007).
- G. Sentimiento:** Los sentimientos son vivencias emocionales, su duración está limitada por el tiempo de la acción directa de las circunstancias que los provocaron y tienen carácter concientizado. (Lazarus 1991).
- H. Sentimientos de Culpa:** Es un sentimiento que surge luego de haber transgredido las normas éticas personales o sociales, sobre todo cuando de la conducta (u omisión) de una persona ha derivado un daño a otra. Jurídicamente, la culpa alude al acto transgresor; psicológicamente, a la mala conciencia y a afecto negativo (remordimiento) que el sujeto experimenta (Baumeister, Reis y Delespaul, 1995; Castilla del Pino, 2000).

CAPITULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

1. PSICOLOGÍA JURÍDICA

Para De Castro y Ponce (2009), “La psicología jurídica es la rama de la psicología que aplica los conocimientos psicológicos a las leyes y a la justicia, así la psicología jurídica abarca varias áreas de especialización dentro de las cuales se encuentra la psicología forense”.

1.4 Psicología forense

Es la rama de la psicología jurídica que auxilia a los órganos de justicia en su toma de decisiones, se dedica al peritaje es decir a responder a las peticiones del juzgado y entre sus objetos de estudio se encuentran la inimputabilidad, la veracidad del testimonio, la peligrosidad y la reincidencia, atenuación o agravación punitiva.

Según Ballester (2009), “El término forense proviene de la palabra foro, que es el lugar donde se reunían los ciudadanos para discutir sus problemas comunes, sus derechos. La psicología forense es entonces la intersección entre dos ciencias: la psicología y el derecho”.

Por su parte Finol (2006), “La misión del psicólogo forense es la de ilustrar, asesorar y aportar conocimientos al juez o tribunal; por lo tanto, se convierte en auxiliar o colaborador de la administración de justicia”. En consecuencia el psicólogo forense realiza un peritaje psico-legal o informe psicológico que recibe diferentes nombres entre los cuales tenemos la prueba pericial, pericia, peritaje o peritación. Para la elaboración de los peritajes el psicólogo forense debe poseer determinados conocimientos de la psicología y del campo forense.

A continuación expondremos las principales áreas en las que el psicólogo forense puede ejercer sus funciones:

a. Evaluación y diagnóstico:

La evaluación psicológica juega un papel fundamental en el proceso de toma de decisiones legales debido a la gran variedad de situaciones que se enfrentan cotidianamente en distintos ámbitos de la administración de justicia. En consecuencia Melton y otros (1997), “Se debe tener claro que las evaluaciones psicológicas forenses difieren significativamente de las evaluaciones clínicas tradicionales en una serie de dimensiones, tales como los objetivos, alcance y producto de la evaluación, así como el papel del evaluador y la naturaleza de la relación entre el evaluador y el evaluado”

b. Asesoramiento

Un psicólogo forense está en capacidad de orientar y asesorar como experto a los órganos judiciales en cuestiones propias de su disciplina. Así mismo puede dotar al proceso judicial principios, técnicas, instrumentos psicológicos que permitan

una valoración objetiva de la conducta humana y ayuda al juez a dictar sentencias más acordes con las demandas de los imputados.

c. Intervención

Es el diseño y realización de programas para la prevención, tratamiento, rehabilitación e integración de los actores jurídicos en la comunidad, en el medio penitenciario, tanto a nivel individual como colectivo. Para lo cual se debe manejar toda la temática de la salud mental.

d. Supervisión

Esta área incluye, entrenar y seleccionar a profesionales del sistema legal (Jueces, fiscales, policías, abogados, personal penitenciario) en contenido y técnicas psicológicas útiles en su trabajo. También incluye todo el trabajo relacionado con campañas de información social para la comunidad en general y poblaciones vulnerables.

e. Investigación

Los psicólogos forenses realizan investigaciones en criminología, las líneas generales de investigación han estado centradas en estudios de personalidad, socialización, valores, habilidades cognitivas, etc.

1.5 Psicología criminológica

La psicología criminológica es la ciencia que estudia los caracteres bio-psíquicos del hombre delincuente y del antisocial, así como las causas sociales criminógenas de carácter económico social, político y cultural que condicionan y determinan la criminalidad. Solis (2007), define a la criminología como “la ciencia interdisciplinaria que estudia las características y causas de los fenómenos delictivos y antisociales; así como los autores de dichos fenómenos para su prevención y control adecuados”.

1.6 Delito

El concepto teórico del delito varía entre el enfoque conceptual de la criminología y del derecho penal, en criminología el delito es entendido como hechos antisociales e individuales lesivos a los intereses personales, colectivos, sociales y del estado, que se materializan en normas jurídicas perceptivas que prohíben u obligan determinados comportamientos humanos.

El delito como elemento del derecho penal se traduce en una valoración o desvaloración jurídico-punitiva de la conducta humana como expresión y reflejo de los hechos antisociales y criminales que aparecen en la realidad social objetiva, que lesionan intereses de las clases dominantes, de las personas, de la sociedad y del estado; por eso, se proponen medidas preventivas, criminotécnicas y punitivas para combatir el triste fenómeno de la criminalidad según Roldan (2011).

1.3.1 Tipos de delitos

c) Delito Doloso

Un delito doloso es aquel que se comete con conciencia, es decir, el autor quiso hacer lo que hizo.

d) Delito Culposos

En este sentido se diferencia del delito doloso, donde la falta se produce a partir de no cumplir ni respetar la obligación de ciudadano.

1.3.2 Clasificación de los delitos según el código procesal penal

B. Delitos contra la vida, el cuerpo y la salud

k) Homicidio Simple (Art. 106°): El que mata a otro será reprimido con pena privativa de libertad no menor de seis ni mayor de veinte años.

l) Parricidio (Art. 107°): El que a sabiendas, mata a su ascendiente, descendiente, natural o adoptivo, o a su cónyuge o concubino, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de quince años.

m) Homicidio Calificado-Asesinato (Art. 108°): Será reprimido con pena privativa de libertad no menor de quince años el que mate a otro concurriendo cualquiera de las circunstancias siguientes:

- Por ferocidad, por lucro o por placer.
- Para facilitar u ocultar otro delito.
- Con gran crueldad o alevosía.
- Por fuego, explosión, veneno o por cualquier otro medio capaz de poner en peligro la vida o salud de otras personas.
- Si la víctima es miembro de la Policía Nacional del Perú o de las Fuerzas Armadas, Magistrado del Poder Judicial o del Ministerio Público, en el cumplimiento de sus funciones.

n) Femicidio (Art. 108° B): Será reprimido con pena privativa de libertad no menor de quince años, el que mata a una mujer por su condición de tal en cualquiera de los siguientes contextos:

- Violencia familiar.
- Coacción, hostigamiento o acoso sexual.
- Abuso de poder, confianza o de cualquier otra posición o relación que le confiera autoridad al agente.
- Cualquier forma de discriminación contra la mujer, independientemente de que exista o haya existido una relación conyugal o de convivencia con el agente.

La pena privativa de la libertad será no menor de veinticinco años, cuando concurra cualquiera de las siguientes circunstancias agravantes:

- Si la víctima era menor de edad.
- Si la víctima se encontraba en estado de gestación.
- Si la víctima se encontraba bajo cuidado o responsabilidad del agente.
- Si la víctima fue sometida previamente a violación sexual o actos de mutilación.
- Si al momento de cometerse el delito, la víctima padeciera cualquier tipo de discapacidad.
- Si la víctima fue sometida para fines de trata de personas.
- Cuando hubiera concurrido cualquiera de las circunstancias agravantes establecidas en el art. 108°.

La pena será de cadena perpetua cuando concurren dos a más circunstancias agravantes.

- o) Homicidio por emoción violenta (Art. 109°):** El que mata a otro bajo el imperio de una emoción violenta que las circunstancias hacen excusable, será reprimido con pena privativa de libertad, no menor de tres ni mayor de cinco años.

Si concurren algunas de las circunstancias previstas en el artículo 107°, la pena será no menor de cinco ni mayor de diez.

- p) Infanticidio (Art. 110°):** La madre que mata a su hijo durante el parto o bajo la influencia del estado puerperal, será reprimida con pena privativa de libertad no menor de uno ni mayor de cuatro años, o con prestación de servicio comunitario de cincuenta y dos a ciento cuatro jornadas.

- q) **Homicidio Culposo (Art. 111):** El que por culpa, ocasiona la muerte de una persona, será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de dos años o con prestación de servicios comunitarios de cincuenta y dos a ciento cuatro jornadas.

La pena privativa de la libertad será no menor de cuatro años ni mayor de ocho años e inhabilitación, según corresponda, conforme al artículo 36° incisos 4, 6 y 7, cuando el agente haya estado conduciendo un vehículo motorizado bajo el afecto de estupefacientes o en estado de ebriedad, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor de 0,5 gramos-litro, o cuando sean varias las víctimas del mismo hecho o el delito resulte de la inobservancia de reglas técnicas de tránsito.

- r) **Homicidio Piadoso (Art. 112°):** El que, por piedad mata a un enfermo incurable que le solicita de manera expresa y consciente para poner fin a sus intolerables dolores, será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de tres años.

- s) **Instigación o ayuda al suicidio (Art 113°):** El que instiga a otro al suicidio o lo ayuda a cometerlo, será reprimido, si el suicidio se ha consumado o intentado, con pena privativa de libertad no menor de uno ni mayor de cuatro años.

La pena será no menor de dos ni mayor de cinco años, si el agente actuó por un móvil egoísta.

- t) **Lesiones graves:** El que causa a otro daño grave en el cuerpo o en la salud, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de cuatro ni mayor de ocho años. Se consideran lesiones graves:

- Las que ponen en peligro inminente la vida de la víctima.
- Las que mutilan un miembro u órgano principal del cuerpo o lo hacen impropio para su función, causan a una persona incapacidad para el trabajo, invalidez o anomalía psíquica permanente o la desfiguran de manera grave o permanente.

- Las que infieren cualquier otro daño a la integridad corporal o a la salud física o mental de una persona que requiera treinta a más días de asistencia o descanso, según prescripción facultativa.

Cuando la víctima muere a consecuencia de la lesión y si el agente pudo prever este resultado, la pena será no menor de cinco ni mayor de diez años.

4. PERSONALIDAD

4.1 Visión general de la personalidad

Los conceptos de hombre y personalidad son del mismo orden pero no idénticos, el hombre es considerado como el grado supremo de desarrollo de los animales se diferencia de estos por su conciencia social, lenguaje articulado, vida espiritual y la capacidad de utilizar instrumentos como producto del trabajo social. En consecuencia el hombre es un ser biopsicosocial, forma parte de la naturaleza oponiéndose activamente para transformarla de acuerdo a sus necesidades e intereses y al mismo tiempo se constituye en el “átomo” social de la sociedad.

La palabra personalidad deriva de término griego “persona” que originalmente designaba la máscara utilizada por los actores de teatro, poco a poco empezó a entenderse por personalidad el papel colectivo del hombre, su función social y este significado conceptual se convirtió en unos de los más importantes. Sin embargo no podemos dejar de lado los aspectos psicológicos de la personalidad, el mundo psíquico del individuo. La actividad psíquica; comienza con la observación, involucrando acciones selectivas en la variedad de las conductas y están determinadas por suposiciones implícitas o explícitas de las personas que constituye un desarrollo de categorías constantes.

A medida que la historia y la humanidad evolucionan; en la psicología, el estudio de la personalidad, ha logrado gran importancia desde una vertiente científica. Para llegar al conocimiento científico de la personalidad es necesario estudiarla desde un enfoque sistémico, integral considerando factores genéticos y ambientales en el

moldeamiento de la personalidad. Por otro lado para lograr una explicación y definición de la personalidad han surgido varios autores, por su parte Leontiev (1981) sostiene que “la personalidad es producida, es creada por las relaciones sociales que entabla el individuo en el conjunto de todas sus actividades”.

Según W. Allport (1961), "La personalidad es la organización dinámica, en el interior del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característicos". Sin embargo F. Gonzales (1992), precisa “la personalidad designa la especificidad de la subjetividad humana de los principales contenidos y operaciones psicológicas que caracterizan la función reguladora y autorreguladora del sujeto en su expresión integral”.

En consecuencia Morris (1992), define la personalidad como “los patrones de pensamiento característicos que persisten a través del tiempo y de las situaciones y que distinguen a una persona de otra”. Por otro lado Eysenck (1994), define a la personalidad como “Una organización más o menos estable y perdurable del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona”. Es decir la personalidad gira alrededor de cuatro patrones de conducta: el cognitivo (Inteligencia), el conativo (carácter), el afectivo (temperamento) y el somático (físico).

Es Pervin (1998), quién considera que la personalidad es una “Organización compleja de cogniciones, emociones y conductas que da orientaciones y pautas a la vida de una persona”. No obstante L. Merani (1978), sustenta “Que el ser humano es sobre todo individuo y que su personalidad debe estudiarse como atributo del individuo”. Para Ortiz (1997), afirma que “Nadie puede asegurar que uno nace siendo una personalidad, pero si podemos asegurar que se nace siendo ya una personalidad en formación”.

Para esta investigación tomaremos en cuenta la teoría integradora y la definición de personalidad de Millon (1998), quien define que “La personalidad se concibe 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”.

La personalidad se compone de múltiples aspectos que aisladamente no conforman al individuo, pero que unidos dan un patrón de comportamiento que se puede designar como personalidad. Sin embargo, estos rasgos de los que se compone la personalidad no son un popurrí de percepciones, pensamientos y conductas sin relación, sino una ajustada unión de actitudes, hábitos y emociones. Aunque al nacer podemos tener sentimientos y reacciones, más o menos aleatorias, las secuencias repetidas de experiencias reforzantes a las que estamos expuestos nos proveen de estrategias que empiezan a destacar y caracterizar nuestra personalidad distintiva y nuestra forma de afrontamiento con los demás y con nosotros mismos (Millon, 1981).

4.2 Perspectivas de la personalidad

2.2.1 Perspectiva Nomotética de la personalidad

La perspectiva nomotética según Allport (1937), se refiere a la personalidad en un sentido abstracto, no individual. El énfasis se pone en el descubrimiento de como ciertos constructos tienden a relacionarse con otros o a adherirse a ellos y porqué. Con frecuencia, esto implica centrarse en los constructos subsidiarios de la personalidad como un fenómeno integrado, tales como necesidades, motivos, mecanismos, rasgos, esquemas y defensas.

Los psicólogos de clara orientación nomotética suelen creer que, una vez que se han aislado las unidades fundamentales de la personalidad, será posible expresar cada personalidad particular en términos de estas unidades sin recurrir a la persona en su totalidad. La ventaja de esta perspectiva es que sirve a las necesidades de la ciencia al considerar a la personalidad como un ente abstracto, sin individualizarlo.

Con este fin, la perspectiva nomotética es indispensable si la personalidad es considerada un fenómeno genuinamente científico, no simplemente descriptivo.

Como la ciencia tiende siempre a la generalización, la personalidad no puede permitirse el lujo de limitarse al descubrimiento y la explicación de leyes de comportamiento específicas para una persona o para un grupo muy reducido.

2.2.2 Perspectiva Ideográfica de la personalidad

La perspectiva ideográfica resalta la individualidad, la complejidad y la singularidad y nos recuerda lo que hace a cada persona distinta de las demás. Quizá el punto más importante de esta perspectiva sea la idea de que individualidad es el resultado de una historia única de transacciones entre factores biológicos (el temperamento y la constitución genética) y contextuales (la vida intrauterina, el ambiente familiar, los papeles sociales a los que es expuesto el niño, la cultura y la condición socioeconómica) una historia que nunca antes había existido y que no se repetirá.

Como cada personalidad es un producto singular no puede entenderse mediante la aplicación de leyes universales o mediante dimensiones de diferencias individuales por el contrario, el entendimiento de la personalidad requiere una aproximación basada en el desarrollo que sea tan rica desde el punto de vista descriptivo como la propia historia de la persona, de hecho solo podría recibir el nombre de biográfica.

2.2.3 Perspectiva Integradora de la personalidad

La perspectiva nomotética como la ideográfica no son satisfactorias en sus formas externas. La perspectiva nomotética no reconoce la singularidad de la persona y por tanto pierde la visión del punto de partida, el deseo de entender al individuo. El enfoque ideográfico no reconoce que cada individuo debe ser comparado y contrastado con los demás. Cada persona es concebida en última instancia como el

resultado de una historia transaccional única entre factores contextuales y constitucionales que nunca ha existido, ni existirá.

La perspectiva integradora busca una síntesis de la perspectiva nomotética y la ideográfica, ambos aspectos deberían integrarse de modo que poseamos un conocimiento exhaustivo de cada constructo de la personalidad y su relación con otros a través de todos los ámbitos de la personalidad, sino también un conocimiento profundo del universo de mecanismos transaccionales a través de las personalidades individuales se transforman durante su desarrollo.

Debe reconocerse en primer lugar que es necesario un punto de partida para comprender al individuo y en segundo lugar, que las verdades universales y las particularidades no pueden reconciliarse completamente, pues en última instancia el individuo es un fenómeno singular que solo es accesible parcialmente a la ciencia y a sus métodos. En sistemas más complejos, la naturaleza simplemente no proporciona el grado de estructura y validez que desearíamos que tuviera.

Como constructo la personalidad no lleva más allá de la superficie para sacar conclusiones e integrar las diversidades manifiestas basadas en principios lógicos latentes. Como científicos nuestro cometido no consiste solo en registrar el comportamiento en este u otro campo sino en explicarlo.

2.3 Personalidad Criminal

El diagnóstico de la personalidad criminal o del estado de peligrosidad de un individuo o grupo no es sencillo, debido a la dificultad de predecir una conducta humana y en general dos son los elementos que pueden ayudar al diagnóstico del estado peligroso. Rafael Garófalo (1887) afirma “El diagnóstico de la capacidad criminal está relacionada con la temibilidad y el diagnóstico de la inadaptación social”.

a. Diagnóstico de la capacidad criminal o temibilidad

La capacidad criminal se apoya en dos conceptos: La nocividad y la inintimidabilidad. La nocividad se refiere a lo dañino que pudo haber sido el acto criminal y si hubo o no odio o pasión en la ejecución de los hechos delictivos anteriores. Estos rasgos se traducen en términos psicológicos por su agresividad y su indiferencia afectiva.

La inintimidabilidad, en este caso se trata de conocer a través del hecho, si el autor no se retuvo por las repercusiones que la realización del acto pudieran tener en contra suya o si se condicionó por los sentimientos que rodeaban la acción. En el lenguaje psicológico se trata de evaluar fundamentalmente el egocentrismo y la labilidad afectiva.

b. Diagnóstico de la inadaptación social

Consiste en el estudio de los rasgos de temperamento, las aptitudes y las necesidades instintivas, estos rasgos y aptitudes son susceptibles de iluminar la motivación, el nivel de satisfacción y la dirección general de una conducta criminal pero no son suficientes para explicar el paso a la acción por sí mismos.

La valoración de estos elementos, especialmente cuando se realiza por medio de una serie de pruebas psicológicas y completadas con un estudio sociocultural, pueden aproximarnos al diagnóstico de la peligrosidad criminal. No obstante, a pesar de ello hay extremos que el perito no puede llegar a conocer, como lo son la evolución de la personalidad del sujeto estudiado o las circunstancias biográficas y ambientales que van a incidir sobre su personalidad.

Jurídicamente el estudio de la personalidad de un individuo privado legítimamente de su libertad es de naturaleza administrativa y un dictamen emitido por un técnico experto, mediante el cual se establecen las peculiaridades personales del delincuente y los motivos de ejecución de un

hecho ilícito para determinar el grado de peligrosidad, contribuyendo un elemento auxiliar al juzgador que utilizará al momento de individualizar la pena en la sentencia.

2.4 Teoría biosocial de Theodore Millon

De acuerdo a Herrero (2007) puede considerarse que el desarrollo de la teoría de Millon tuvo dos etapas fundamentales para la definición de los patrones de personalidad. En un primer período se basó primordialmente en la idea de las estrategias de afrontamiento y las fuentes de refuerzo, en un segundo período integran esa idea con los principios de la teoría de la evolución y de la ecología. En la unión de estas dos teorías, radica el aspecto más original y distintivo de la obra de Millon.

En la década de 1960 Millon introduce su primera propuesta de una teoría de la personalidad en la que integraba los componentes biológicos y las influencia del medio ambiente. Así surge la denominada Teoría de Aprendizaje Biosocial, en la que se destaca el rol primordial que posee el aprendizaje en sus diferentes formas. (Morales de Barbenza, 2003)

Según la teoría del aprendizaje biosocial, la personalidad y la psicopatología se desarrollan como resultado de la interacción de fuerzas ambientales y orgánicas. Estas interacciones comienzan en el momento de la concepción y se mantienen a lo largo de toda la vida. Personas con potenciales biológicos parecidos poseen diferentes personalidades y sufren diferentes síndromes según las experiencias a las que se ven expuestas.

Los factores biológicos pueden facilitar o limitar la naturaleza de las experiencias y aprendizajes del individuo de muchas formas, por tanto las diferencias significativas en las experiencias vividas son diagramadas en primer lugar por la dotación biológica de la persona. (Millon, 1998). Sin embargo, no debe entenderse que la interacción entre factores biológicos y psicológicos es unidireccional en el sentido

de que lo biológico siempre influya en el curso del aprendizaje y la experiencia. En las etapas iniciales del desarrollo el orden puede ser inverso ya que la maduración biológica depende en gran medida de una experiencia favorable con el medio. El desarrollo del sustrato biológico podría incluso detenerse como consecuencia de una disminución de estimulación en los períodos de rápido crecimiento neurológico. (Millon, 1998)

De acuerdo a Millon (1998), el estudio de la interacción recíproca entre disposiciones temperamentales y las reacciones parentales, constituye un campo fértil en la investigación de la etiología de la psicopatología. Esta interacción es clave en dos aspectos, por un lado la disposición biológica de la persona en proceso de maduración aumenta la predisposición al aprendizaje de ciertos comportamientos.

Por otro lado, las disposiciones temperamentales tempranas provocan reacciones en los otros que acentúan esas tendencias iniciales; por lo tanto la dotación biológica del niño no solo condiciona su comportamiento sino que también configura el de sus padres a modo de retroalimentación. El resultante de ese interjuego entre factores biológicos y ambientales, en la evolución de una persona, puede ubicarse en algún lugar de un continuum que va de la normalidad a la anormalidad. Dependiendo de los gradientes de adaptabilidad, estabilidad y capacidad para optar por estrategias que propicien la obtención de refuerzos positivos. (Morales de Barbenza, 2003).

Dentro de esta teoría basada en un modelo de aprendizaje biosocial aparece la noción de refuerzo como el núcleo, el tema unificador del modelo. De acuerdo a Sánchez (2003, p. 166), “Millon sintetizaba su propuesta a partir de tres preguntas: ¿qué refuerzos busca el individuo?, ¿dónde procura encontrarlos?, y ¿cómo actúa para poder optar por ellos?” La respuesta a estas preguntas da lugar a la formación de un modelo de tres polaridades básicas. Polaridades que, según el propio Millon (1998) reconoce, encuentran antecedentes teóricos en las polaridades freudianas, en Jung, y en la figura de Adler, entre otros. Según lo plantea Millon (1998), la

dimensión actividad-pasividad se refiere a si el individuo toma la iniciativa para configurar los acontecimientos o si básicamente permanece reactivo a ellos.

La dimensión placer-dolor admite que las motivaciones pueden apuntar hacia los acontecimientos atractivos que refuerzan positivamente o tender a alejarse de los que son desagradables y refuerzan negativamente. Por último, la distinción sujeto-objeto reconoce que existen en el entorno dos objetos con el mayor poder de afectarnos, nosotros mismos y los otros.

De modo que la noción de refuerzo, considerado en la teoría como sinónimo de recompensa, satisfacción, o incluso placer, es la idea que le permite desarrollar el concepto de bipolaridades. Esta dimensión bipolar admite además otros dos puntos: ambivalente, cuando no se está seguro en dónde buscar el refuerzo y desvinculado, cuando no se busca el refuerzo en ninguno de los dos lados. Sobre la base de estas bipolaridades en una matriz de reforzamiento Millon propuso la existencia de ocho estilos de personalidad normal. (Morales de Barbenza, 2003).

A partir del conocimiento de los defectos de estas tres dimensiones polares es posible obtener de forma deductiva ocho trastornos de personalidad básicos mediante una combinación de la naturaleza (placer contra dolor), la fuente (sí mismo versus otros) y las conductas instrumentales (pasivo contra activo). Este modelo además incluía tres variantes de trastornos de personalidad más severos. (Oscar Sánchez, 2003).

Como se ha señalado en párrafos anteriores la teoría de Millon tuvo una segunda etapa importante en su desarrollo teórico, y esto ocurrió a partir de la reformulación de su teoría de la personalidad y sus trastornos, para incorporar los conceptos de la evolución. Tal redefinición de su modelo ocurrió en 1990, cuando llega a la conclusión de que para explicar las leyes más profundas del funcionamiento humano debía dirigir su atención a los principios universales derivados de manifestaciones no psicológicas de la naturaleza, como podrían ser la física, la química y la biología. (Millon, 1998).

Este autor realiza una crítica a las corrientes psicológicas que han establecido un divorcio con las esferas más amplias del conocimiento científico y se han separado de los principios universales establecidos. Plantea a su vez, que las características personológicas pueden ser a menudo fragmentadas con fines prácticos pero no debe olvidarse que son segmentos de una entidad biopsicológica que no puede separarse y el resultado natural del progreso evolutivo.

Según su opinión, cada especie exhibe aspectos comunes en cuanto a su estilo de adaptación o supervivencia. No obstante, dentro de cada especie hay diferencias de estilo y de éxito adaptativo entre sus miembros ante los diversos y cambiantes entornos a los que se enfrentan. Por tanto dentro de esta concepción, "...la personalidad podría ser entendida como la representación del mayor o menor estilo distintivo de funcionamiento adaptativo que exhibe un organismo o una especie particular frente a sus entornos habituales". (Millon, 1998, p.74)

Puede apreciarse que los principios explicativos que Millon utiliza son en esencia los mismos que los de Darwin, pero en lugar de emplearlos para explicar el origen de las especies, lo que intenta es explicar la estructura y la dinámica de los estilos de personalidad. (Cardenal, Sánchez, et al., 2007). Con la finalidad de obtener un modelo preliminar sobre los estilos normales y anormales de la personalidad, propone cuatro esferas en las cuales pueden aplicarse los principios ecológicos y evolutivos, éstas son: existencia, adaptación, replicación y abstracción. (Millon, 1998)

El principio finalidad de la existencia supone promoción y preservación de la vida, y se encuentra ligado a la polaridad placer-displacer. Implica el reconocimiento y la búsqueda de sensaciones positivas por un lado, y el reconocimiento y evitación de sensaciones negativas por el otro. La normalidad se correspondería por un equilibrio dinámico entre los dos extremos de la bipolaridad. El principio evolutivo de la adaptación se expresa a través de dos modos: la acomodación y modificación ecológicas, y se relaciona a la polaridad actividad pasividad.

La acomodación ecológica se refiere a la tendencia a encajar pasivamente en una actitud dependiente con relación al entorno en tanto este brinde protección y sustento para la existencia. En contraste, la modificación ecológica configurando el extremo activo, implica la toma de iniciativa para reestructurar o configurar los acontecimientos vitales. Un funcionamiento óptimo requiere un equilibrio flexible entre ambos extremos, un estilo de personalidad que sepa responder a la cuestión de si debe aceptar lo que le depara la vida, o debe tomar la iniciativa para alterar sus circunstancias vitales.

En cuanto a las estrategias de replicación, se encuentran la individuación y crianza con fines reproductores y se manifiesta en la polaridad Sí mismo-Otros. La personalidad puede desarrollarse dando prioridad a la consecución del sí mismo, o a la promoción de los otros, o adoptando una posición de conflicto entre ambas polaridades. Un equilibrio en la polaridad sí mismo – otros, implica que la persona pueda responderse adecuadamente si debe dedicarse al apoyo y bienestar de los demás o configurar su propia vida en función de sus necesidades y deseos.

Finalmente, el principio de abstracción pertenece a la capacidad de simbolizar el mundo propio tanto interno como externo. Tiene que ver asimismo con la emergencia de competencias que promuevan la planificación anticipatoria y la toma de decisiones. (Millon, 1998; Herrero Sánchez, 2007) En el marco de este modelo, los trastornos de personalidad se consideran constructos evolutivos que se derivan de las tareas básicas a las que los organismos se enfrentan, es decir, la lucha por la supervivencia (placer-dolor), el esfuerzo por adaptarse al medio o adaptar el medio a uno mismo (pasivo-activo), y por último, la estrategia para invertir de manera reproductiva en los descendientes frente a una inversión en su propia replicación personal (otros-sí mismo).

Por consiguiente, estas tres polaridades básicas se utilizan para construir un sistema de clasificación de los trastornos de la personalidad basado en la teoría, intentando explicar los estilos de personalidad aludiendo a modos de adaptación ecológica o de

estrategia reproductiva desequilibrados o deficientes. (Cardenal, Sánchez y Ortiz-Tallo, 2007)

De acuerdo a esta formulación y en palabras de Millon (1998, p.74), “los trastornos de la personalidad representarían estilos particulares de funcionamiento desadaptativo debidos a deficiencias, desequilibrios o conflictos en la capacidad de la especie para relacionarse con su entorno”. En esta definición queda clara la idea de que los trastornos de personalidad son considerados como estilos de funcionamiento desadaptativo y por lo tanto, Millon insiste en puntualizar que los mismos no constituyen enfermedades.

Al considerar la personalidad como una matriz inmunitaria que determina el estado psicológico, este autor pretende romper con la vieja costumbre de definir los síndromes psicopatológicos como una entidad ajena o lesión que se introduce lentamente en la persona para socavar sus facultades normales. Por tanto, “es imposible padecer un trastorno de la personalidad, sino que es la completa constelación de la persona la que determina el potencial para la adaptación psicológica o la enfermedad.” (Millon, 2006, p.11)

Esto implicaría una marcada dificultad para consensuar la etiología en los trastornos de la personalidad. Si la personalidad incluye la totalidad de características de la persona, cada rasgo refuerza a los otros para perpetuar la estabilidad y la consistencia conductual de la estructura completa, por tanto la etiología puede situarse en todas las áreas. Cada elemento de la estructura global sostiene al resto, eso explica por qué los trastornos de la personalidad son tan resistentes a la terapia.

5. EMOCIONES

Las emociones son las vivencias que tiene el hombre de su propia actitud hacia la realidad, surgen en el proceso de interacción con el medio circundante y en la satisfacción de sus necesidades. Por lo tanto las emociones se dan de manera refleja y por consiguiente son un reflejo del mundo real que actúa sobre el hombre.

Pavlov (1951) destacó la fuerza activa de las emociones: “La ciencia exige del hombre una gran tensión y un enorme apasionamiento; sean apasionados en su trabajo y en su búsqueda”. También Sechenov (1952) señala la fuerza motivadora de los móviles emocionales al decir: “No conocemos una voluntad indiferente y fría, siempre está orientada por algún motivo moral que adopta la forma ya bien de un pensamiento o un sentimiento apasionado”.

Kolb (2005) afirma: “La emoción es la más primitiva e instintiva a nivel biológico tiene su origen en el sistema límbico del cerebro siendo la amígdala cerebral el centro de las emociones. Las emociones son estados complejos del organismo, respuestas globales en las que intervienen distintos componentes”.

Desde el punto de vista clínico la emoción es la expresión de una respuesta exagerada a un determinado estímulo, la tendencia a una notable frecuencia de respuestas de este tipo se denomina emotividad; desde el punto de vista fisiológico la emoción se expresa a través de modificaciones bioquímicas y fisiológicas, como son el aumento de glucógeno en la sangre, aceleración de la respiración y de los latidos cardiacos, aumento de la presión, producción de adrenalina. Estas modificaciones son expresión de una defensa del organismo que tiende a conservar el propio equilibrio o a recuperarlo siempre que se vea alterado (Olórtégui Miranda, 2008).

Conductualmente, las emociones sirven para establecer nuestra posición con respecto a nuestro entorno y nos impulsan hacia ciertas personas, objetos, acciones, ideas y nos alejan de otros. Las emociones actúan también como depósito de influencias innatas y aprendidas y poseen ciertas características invariables y otras que muestran cierta variación entre individuos, grupos y culturas (Levenson, 1994).

En esta investigación tomaremos como definición a la teoría que nos menciona a las emociones como expresiones psicofisiológicas, biológicas y de estados mentales. Es un término genérico para referirse a la adaptación por parte de los individuos, a estímulos provocados por personas, animales, cosas, u otros; la emoción está asociada con el temperamento, la personalidad y con la motivación de las personas.

Los estados emocionales son causados por la liberación de hormonas y neurotransmisores, que luego convierten estas emociones en sentimientos, los neurotransmisores más importantes son la dopamina, serotonina, noradrenalina, cortisol y la oxitocina. Se puede decir que las emociones provienen especialmente de la forma como trabaja nuestro organismo y nuestro cerebro. (Vaivasuata, 2014).

3.1 Particularidades fundamentales de las vivencias emocionales

Las emociones como vivencias de una determinada actitud del hombre hacia unos u otros fenómenos de la realidad se distinguen por tener un carácter subjetivo. Las emociones son subjetivas en el sentido de que siempre expresan la actitud personal positiva o negativa del hombre hacia la realidad objetiva, también expresan los estados internos del hombre al interactuar con el medio circundante.

La influencia de unos u otros fenómenos pueden provocar el sentimiento de satisfacción o insatisfacción, pueden provocar la vivencia de lo agradable o desagradable. El carácter de tales vivencias dependen no solo de las particularidades de los estímulos sino también de las particularidades individuales del propio hombre, de las cualidades de su personalidad, del estado del organismo y de cómo son sus necesidades, deseos, aspiraciones.

Las vivencias emocionales se distinguen por una rica diversidad, no solo por el contenido del hecho y los fenómenos con las que están vinculadas sino también por sus particularidades cualitativas y la multiplicidad de matices similares, por ejemplo la alegría, el miedo o la tristeza pueden experimentarse por una misma persona en una infinita diversidad de matices y grados de intensidad de acuerdo con las causas que los provocaron, de la importancia del fenómeno para su personalidad, de sus particularidades individuales.

Las vivencias emocionales son caracterizadas como positivas o negativas es decir se distinguen por la existencia de matices de placer o desagrado. Con el placer o el desagrado está vinculada la satisfacción o insatisfacción que se presentan como las motivaciones más fuertes de la actividad y también sirven de reforzamiento y

estímulo de las acciones. El papel positivo o negativo del placer o desagrado en los actos y la conducta del hombre no tiene un solo significado y depende de la orientación moral de la personalidad, del carácter, del temperamento (Wundt, 1873).

3.2 Clasificación de las emociones

Las emociones pueden dividirse con más acierto en los tipos que las forman de acuerdo con los rasgos de la duración y la intensidad, en los cuales tenemos: los estados de ánimo, afectos, sentimientos.

Sin embargo, otros autores, consideran que las emociones se deben clasificar en: Primarias: unidas a los instintos de fuga (miedo) o de agresión (cólera); Secundarias: son aquellas con caracteres propios, entre ellas: la envidia, vergüenza, culpa o el desprecio; y por último las Derivadas relacionadas a condiciones que se dan en un momento determinado y que se manifiestan en actitudes anteriores o posteriores.

3.2.1 Sentimientos

Existen numerosas definiciones de sentimiento de un gran número de autores a lo largo de la historia. Descartes definió los sentimientos como: “acciones y efectos del sentir”. Así mismo Daco (1995) menciona: “Por medio de los sentimientos nosotros tratamos de definir o exteriorizar las sensaciones que experimentamos y expresamos una vivencia”. Yankovic (2011) menciona que los sentimientos: “Son la expresión mental de las emociones; es decir, se habla de sentimientos cuando la emoción es codificada en el cerebro y la persona es capaz de identificar la emoción específica que experimenta: alegría, pena, rabia, soledad, tristeza, vergüenza, culpa”.

Como otra definición de sentimiento podemos tomar en cuenta la de Damasio (2010) quien menciona: “El sentimiento es la percepción de lo que sucede en nuestro cuerpo y mente cuando manifiestan emociones. Es un estado subjetivo que implica darnos cuenta conscientemente de que se ha activado el mecanismo de una emoción en el cerebro.

Sin embargo para la presente investigación tomaremos como base la teoría que sugiere Lazarus (1991) que incluye el sentimiento en el marco de las emociones, ya que éstas se conciben en sentido muy amplio. Es decir considera sentimiento y emoción como conceptos interrelacionados, en el cual el concepto emoción englobaría al sentimiento; por ello Lazarus (1991) define sentimiento como: “El componente subjetivo o cognitivo de las emociones, es decir la experiencia subjetiva de las emociones. En otras palabras, la etiqueta que la persona pone a la emoción. Pongamos un ejemplo: Un ser querido me hace un regalo, la emoción nace de manera espontánea debido a un estímulo (el regalo), a continuación surge una valoración primaria o automática de ese estímulo indiferente, dañino o beneficioso (en este ejemplo beneficioso). La emoción es aguda y pasa rápido, pero puede convertirse en sentimiento”.

En el momento que tomamos conciencia de las sensaciones (alteraciones) de nuestro cuerpo al recibir ese estímulo, la emoción se convierte en sentimiento. Es decir, en el momento que notamos que nuestro organismo sufre una alteración (mariposas en el estómago) y somos conscientes de ello, etiquetamos lo que estamos sintiendo (la emoción) con un sello específico, en este ejemplo tendríamos un sentimiento de sorpresa, placer, alegría o quizás satisfacción.

Los sentimientos tienen las siguientes particularidades:

a. Claridad y precisión de la vivencia emocional

Los sentimientos son vivencias emocionales más intensas que el estado de ánimo pero considerablemente más débiles que los afectos y se distinguen por la claridad de su estructura psicológica. Cuando decimos que la persona experimenta un sentimiento indicamos ante todo una vivencia emocional expresada con exactitud y totalmente definida.

b. Duración limitada

Los sentimientos tienen una duración limitada por el tiempo de la acción directa de las causas que lo provocan o por los recuerdos de las circunstancias que provocaron el sentimiento dado.

c. Carácter concientizado

Una particularidad característica de los sentimientos es el hecho de que las causas que los provocaron son siempre comprensibles para el hombre que los experimenta.

d. Materialidad

Se da de la relación rigurosamente diferenciada de la vivencia emocional con los objetos, acciones y circunstancias concretas que la provocaron.

De acuerdo con su contenido y las causas de su surgimiento, los sentimientos se dividen en inferiores y superiores. Los sentimientos inferiores están relacionados con los procesos biológicos en el organismo, con la satisfacción o insatisfacción de las necesidades naturales del hombre. Los sentimientos superiores surgen en relación a las necesidades sociales del hombre, se diferencian tres grupos de sentimientos superiores: Sentimientos morales, Sentimientos intelectuales y estéticas. A continuación nos evocaremos a los Sentimientos Morales.

3.2.1.1 Sentimientos morales

Se denominan morales o sentimientos superiores a aquellos en los cuales se refleja la actitud del hombre ante las exigencias de la moral social. El hombre es un ser social, toda su actividad ocurre en la sociedad donde vive, las relaciones que mantiene con otros miembros de la sociedad son precisamente las que provocan en él una serie de profundos sentimientos morales, vinculados a la vivencia de una u otra actitud hacia las exigencias de la sociedad, las normas de conducta, principios y reglas morales establecidas en la sociedad en el que se desenvuelve.

Los sentimientos morales son positivos cuando las acciones del hombre están en correspondencia con las exigencias de la sociedad. El hombre cuyos actos van en contra de los intereses de la sociedad y se realizan a pesar de las exigencias de la moral social, se rigen por los sentimientos profundamente negativos, indignos desde el punto de vista de nuestra sociedad, del individualismo, el egoísmo, le enemistad, la envidia.

3.2.1.1.1 Sentimientos de culpa

Desde el punto de vista psicológico, la culpa es fundamentalmente una valoración, cognitiva y afectiva de comportamientos, cuando éstos no están de acuerdo con una determinada escala de valores morales, se puede considerar como un rasgo de personalidad, es una característica que puede diferenciar a unas personas de otras, ante las mismas situaciones, unos tienden a sentirse culpables, mientras otros quedan imperturbables, tranquilos y sin ninguna angustia, la predisposición personal a sentir culpa es, a su vez, resultado de muchas influencias, como los rasgos personales del sujeto, los aprendizajes anteriores y las situaciones vividas y actuales.

Es frecuente que la culpa vaya acompañada de angustia, inseguridad, inestabilidad emocional, sentimientos de dependencia, vergüenza. Se presenta al haber fallado o por causar daño, e incluso experimentando como un dolor personal por no haber actuado de acuerdo a los valores morales superiores.

Según la psicóloga Rojas (2009) "El sentimiento de culpa es como un guardián de nuestra conducta que nos sirve de guía, un controlador de nuestros impulsos, aunque puede existir por defecto o por exceso. Es algo de lo que no se debe prescindir, pero tampoco abusar". La Psicóloga, Dra. Vanesa Fernández López (2014), especialista en emociones, define "El sentimiento de culpa es una emoción negativa que, si bien a nadie le gusta experimentar, lo cierto es que es necesaria para la correcta adaptación a nuestro entorno. Muchos autores coinciden en definir la culpa como un afecto doloroso que surge de la creencia o sensación de haber traspasado las normas éticas personales o sociales especialmente si se ha perjudicado a alguien". La

culpabilidad, por tanto, surge ante una falta que hemos cometido (o así lo creemos). Su función es hacer consciente al sujeto que ha hecho algo mal para facilitar los intentos de reparación. Su origen tiene que ver con el desarrollo de la conciencia moral, que se inicia en nuestra infancia y que se ve influida por nuestras diferencias individuales y las pautas educativas.

En esta oportunidad tomaremos en cuenta la definición hecha por Echeburúa que dice: “La culpa es un efecto doloroso que surge de la creencia o sensación de haber transgredido las normas éticas personales o sociales, sobre todo cuando de la conducta de una persona ha derivado un daño a otra. La culpa psicológicamente, es una mala conciencia y al afecto negativo que el sujeto experimenta”. Echeburúa (2000).

➤ **Aportes del Psicoanálisis al sentimiento de culpa**

Para el psicoanálisis la culpa se origina por los reproches que vienen del superyó. En sus manifestaciones más evolucionadas, la culpa se refiere al valor de uno mismo y no sólo a las consecuencias de la transgresión y a lo que los demás puedan pensar. Si alguien ha insistido en este aspecto social de la culpa, ése ha sido Carlos Castilla del Pino quien concibe que el sentimiento de culpa, aunque vivido en la esfera personal, acontece ciertamente en su relación con los otros.

En el psicoanálisis clásico la culpa será la emoción displacentera surgida de un conflicto entre el yo y el super yo. La aparición de la culpa significaría una transformación fundamental en la maduración de la persona: el paso del control externo al control interno de la conducta. Pero este proceso es, a la vez, considerado por Freud como beneficioso para la sociedad, pero negativo para el individuo puesto que frena la curiosidad, la creatividad, desarrollo y en casos patológicos puede llevar a actitudes de autocastigo o al suicidio (Pérez, 2006).

Melanie Klein (1937) afirma que la culpa está relacionada con las etapas tempranas del desarrollo infantil, en relación con los deseos agresivos y de

destrucción del niño hacia la madre, de quien depende y ama. En la culpa hay, para Klein, una coexistencia de impulsos agresivos, dependencia y afecto. La sensación del daño hecho al objeto amado tiene por causa los impulsos agresivos del sujeto y es considerada como la esencia de la culpa.

Grinberg (1963) distingue dos formas básicas de culpa: una persecutoria, en la que la culpa se proyecta fuera del sujeto, como mecanismo de defensa, para así esconder aún más la culpa real ante sí. Aparecen en este tipo de culpa componentes destructivos, resentimiento, autoreproches. Esta se distinguiría de la culpa depresiva, predominando la reparación, la pena y la preocupación por el objeto de la culpa.

Caso especial es el de la culpa asociada al duelo. Desde una óptica psicoanalista la culpa resulta en realidad de la introyección de la agresión que originariamente iría dirigida hacia lo perdido. La agresividad inconsciente hacia aquello que nos abandona, se expresa a través de la culpa.

➤ **Aportes Conductuales**

Según la ortodoxia conductual la culpa aparece como una emoción displacentera asociada con determinadas conductas a través de un proceso de condicionamiento. El origen de la culpa es la regulación social: el hombre toma conciencia de que vive con otros, que son los que le muestran por qué cosas debe sentirse culpable. Las normas sociales tipifican de manera positiva o negativa un reducido número de conductas, notablemente inferior al número de conductas posibles.

➤ **Aportes Cognitivos**

June Tangney (2007) representa una visión cognitivista más abierta que intenta integrar elementos de psicología evolutiva, neurobiológicos y sistémicos. La

culpa es una emoción reguladora social, que promueve las conductas altruistas (donación de sangre, ayuda a extraños, colaboración con asociaciones...), facilita la tendencia a perdonar a los demás o a negociar adecuadamente conflictos. La vergüenza en cambio, sería una emoción destructiva que estaría mucho más asociada a un rencor latente, a explosiones de ira y rabia.

➤ Aportes de la teoría interpersonal de la culpa

Baumeister (1994) considera a la culpa como un fenómeno interpersonal basado en las relaciones cercanas, especialmente en las relaciones íntimas. Desde esta óptica una persona se sentiría culpable cuando se beneficia de manera no equitativa de otras personas (generalmente su pareja), en base a acciones que provocan daño, pérdida, distrés o engaño. La culpa sería, por un lado, un mecanismo regulador de intercambios, por otro una herramienta de manipulación y control interpersonal y por último un reequilibrador de emociones entre personas.

Desde el punto de vista teórico, la culpa se genera a partir de una trasgresión de normas y existen hipotéticas normas transgredibles en todas las esferas de la vida humana. La interpersonal es una pequeña parte de la multitud de culpas posibles del ser humano.

3.2.1.1.2 Desarrollo del sentimiento de culpa

La aparición del sentimiento de culpa está vinculada al desarrollo de la conciencia moral. La mayor o menor intensidad de las respuestas emocionales de culpa deriva de las diferencias individuales y de las pautas educativas Echeburúa (2000). El sentimiento de culpa tiende a aparecer recurrentemente en aquellas mujeres que han quitado la vida a otro ser humano, sobre todo si esta persona fallecida tiene un

vínculo sanguíneo y afectivo con la victimaria, la mayoría de mujeres se sienten responsables por haber provocado la muerte a hijos, parejas o ex parejas sentimentales u otros familiares y amigos. El sentimiento de culpa en la mujer parricida desencadena una serie de sentimientos ajenos como ira, ansiedad, frustración, miedo, inseguridad, pero sobre todo depresión.

Desde una perspectiva psicopatológica, la culpa puede ser anormal, referida a conductas que están más allá del control del sujeto, es destructiva e impide al sujeto experimentar alegría por las conductas que realiza de manera correcta y, en último término, disfrutar de la vida. La culpa es normal, cuando el sujeto adquiere una conciencia adecuada de la realidad y adopta unos intentos de reparación, así como una mayor responsabilidad ante las decisiones futuras. Echeburúa (2000). La culpa es un sentimiento que puede desarrollar todo ser humano, en este caso, las mujeres que han sido y son víctimas de violencia lo desarrollan en el transcurso de su proceso de agresión; no obstante este sentimiento no aparece sólo, él mismo desencadena una suma de emociones que afecta en cada ámbito de la víctima, solamente las mismas víctimas podrán utilizar estrategias para afrontar la culpa o que esta misma les impida disfrutar de su vida cotidiana.

3.2.1.1.3 ¿Cuándo es sano un sentimiento de culpa?

Castilla del Pino (1968), Cordero (1976), Zabalegui (1987) y Garcia-Monge (1991), entre otros, han señalado algunas características de los sentimientos de culpa sanos, diferenciando así lo normal de lo enfermizo. Revisando estos criterios de validez volvemos a recoger aquí aquellos aspectos que permiten juzgar si un sentimiento de culpa es sano o morboso.

- **Cuando es más consciente**

Martín Buber (1948), quien reconoce que el hombre es el único ser capaz de sentir culpa, pero que al mismo tiempo tiene la posibilidad de iluminarla con la

razón, de aclararla con el pensamiento, de hacerla consciente. El sentimiento de culpa será tanto más sano cuanto más evolucionada esté la persona en el sentido consciente.

- **Cuando duele por haber hecho daño a otros**

Estos sentimientos expresan una actitud menos egoísta e indiferente, ya que pone el énfasis en el daño causado a otros, más que en las consecuencias negativas que pudieran recaer sobre uno mismo. En esta dimensión hay un desarrollo positivo cuando se avanza del miedo al castigo y a perder a las personas que nos quieren, hacia el pesar por haber causado daño a una persona amada. Cuando uno se siente culpable por esto último, está en un momento de mayor desarrollo personal. Sus sentimientos son más saludables.

- **Cuando incita a hacer algo bueno**

El sentimiento de culpa, en cuanta instancia crítica puede ser valorado por su eficacia. Un sentimiento de culpa que no lleve a la acción, bien sea en forma de reparación, de confesión, de propósito de la enmienda o simplemente de cambio de actitud, es un sentimiento infructuoso.

Si la persona que se siente culpable no asume las responsabilidades derivadas de su mal comportamiento, su culpabilidad no es sana. Castilla del Pino (1922), ha señalado que vivir exclusivamente para la culpa es una hipertrofia del sentimiento de culpa, una desviación. El transgresor que no hace más que lamentarse y torturarse con sentimientos de culpa pretende purgar su mala conducta con un sufrimiento inoperante. La persona vive angustiada, envuelta en molestos remordimientos, pero sin hacer nada que repare el mal hecho.

Melanie Klein (1937), veía en el verdadero sentimiento de culpa un impulso reparador del objeto amoroso dañado, impulso que al mismo tiempo debía favorecer el amor, ayudando a superar la depresión y la angustia. Todo

sentimiento que no nos lleve al cambio de rumbo al trabajo, a la creatividad es una pasión inútil. La verdadera culpa es la que nos mueve a la acción, es la que se convierte en mecanismo imprescindible para el crecimiento personal. El sentimiento de culpa que va unido a la responsabilidad es auténtico. La angustia inoperante es un gasto inútil de energía. Cuando el sentimiento de culpa es adecuado ayudará al transgresor a corregir el rumbo de su conducta, a rehacer lo mal hecho, a reparar los daños, a cambiar de actitudes.

- **Cuando ayuda a pisar suelo**

En la dimensión adaptación-desadaptación se puede ver una diferenciación más entre sentimiento de culpa sano y enfermizo. Por más que el sentimiento no tenga forma ni sea expresable con exactitud con palabras, la culpa sana procura abrirse camino y traducir verbalmente o con gestos o acciones el peso de su sentimiento. Por el contrario, la persona neurótica pone resistencias para manifestarlo, usando de él como arma contra su propia curación, tranquilizándose con la enfermedad como castigo.

Bandura señalaba diversas formas de ex-culparse o exonerarse de la culpa, que eran verdaderos mecanismos de defensa, con los cuales el individuo disocia su conducta de las consecuencias autoevaluadoras y elimina así el sentimiento de culpa. De esta forma se explican comportamientos inhumanos, sin que el culpable sienta la menor molestia.

- **Cuando nos invita a perdonar y a perdonarnos**

Cuando rechazamos las apetencias del ego ansioso y agresivo que llevamos dentro. Hay que saber ceder, perdonar, olvidar. Perdonar a los que nos han hecho daño, perdiendo el miedo y desterrando todo pensamiento de separación (suicidio).

Los principios en los que se basa la metodología de la Sanación de la actitud son de tipo emocional. Amar, ceder, crear la atmósfera idónea para cambiar los pensamientos y las actitudes y así, cuando estemos en paz con nosotros mismos, cambiaremos el mundo. Parece una mezcla de pacifismo oriental, de amor incondicional al estilo de Rogers, de terapia racional-emotiva y de otras tendencias espiritualistas. Un sentimiento de culpa que lleve a perdonar fácilmente a los demás, es un sentimiento sano. De ahí a perdonarse uno a sí mismo hay un paso.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

5. PARADIGMA DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se enmarca dentro del paradigma cuantitativo porque usa la recolección de datos en base a la medición numérica y el análisis estadístico. El tipo de investigación es descriptivo correlacional porque estaremos determinando el grado de relación que existe entre dos variables en una misma muestra de sujetos, es decir analizaremos como los patrones de personalidad y los sentimientos de culpa están asociados en sujetos parricidas. EL diseño es transversal porque los datos se recolectaron en un solo momento, en un tiempo único (Sampieri y Fernández, 2010).

6. SUJETOS

La población está constituida por 145 internas pertenecientes al Establecimiento Penitenciario de Mujeres, ubicado en el distrito de Socabaya del departamento de Arequipa. La muestra del presente estudio está conformada por 19 internas por el delito de parricidio, recluidas en dicho establecimiento penitenciario; de las que se evaluó a 17 internas que cumplían con los criterios de inclusión pertenecientes a los pabellones A, B y C comprendidas entre las edades de veinte a cincuenta y siete años.

El tipo de muestreo empleado es “no probabilístico” de tipo “intencional”, siendo definido por Hernández (2010), como aquella en la cual la selección de elementos no depende de la probabilidad sino de las características de la investigación.

A. Los criterios de inclusión fueron:

- ✓ Internas sentenciadas y procesadas por el delito de parricidio.
- ✓ Se tomará en cuenta a las internas que participen voluntariamente en la investigación.

B. Los criterios de exclusión fueron:

- ✓ Internas cuya evaluación esté invalidada.
- ✓ Analfabetas, es decir aquellas internas que no sepan leer ni escribir.
- ✓ Internas con deficiencia intelectual.

CUADRO N° 3: Características de la muestra

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	2	11.8 %
Soltera	6	35.3%
Conviviente	6	35.3%
Viuda	3	17.6%
Total	17	100%

Grado de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Secundaria completa	7	41.2%
Secundaria Incompleta	7	41.2%
Superior completa	1	5.9%
Superior incompleta	2	11.8%
Total	17	100%
Situación Jurídica	Frecuencia	Porcentaje
Sentenciada	13	76.5%
Procesada	4	23.5%
Total	17	100%
Situación Económica	Frecuencia	Porcentaje
Baja	11	64.7%
Media	6	35.3%
Total	17	100%
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	4	23.5%
Comerciante	5	29.5%
Obrera	2	11.8%
Empleada	1	5.9%
Estudiante	5	29.4%
Total	17	100%
Victima	Frecuencia	Porcentaje
Hijo	8	47.1%
Pareja	6	35.3%
Pariente	3	17.6%
Total	17	100%
Causa de Muerte	Frecuencia	Porcentaje
Envenenamiento	9	52.9%
Arma blanca	4	23.5%
Asfixia	3	17.6%
Impacto proyectil	1	5.9%
Total	17	100%
Consumo de Sustancias	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	15	88.2%
Alcohol y drogas	2	11.8%
Total	17	100.0%

7. INSTRUMENTOS

7.1 Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III)

a. Ficha técnica

Nombre	: Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III).
Nombre original	: 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.
Ámbito de aplicación	: 18 hasta 65 años.
Tiempo de administración	: Variable, entre 20 y 30 minutos.
Material	: Manual, cuadernillo, hojas de respuestas y PIN de corrección.
Finalidad	: Evaluación de cuatro escalas de control: 11 escalas básicas, 3 rasgos patológicos, 7 síndromes de gravedad moderada y 3 síndromes de gravedad severa.

b. Descripción

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

índices modificadores: Sinceridad, Deseabilidad Social, Devaluación y Validez (Cardenal y Sánchez, 2007). Las escalas del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III son las siguientes:

Cuadro N° 4: Patrones Clínicos de Personalidad

Escalas	Indicador	N° Ítems	Categoría
1	Esquizoide	16	Indicador elevado ≥ 85
2A	Evitativo	16	
2B	Depresivo	15	
3	Dependiente	16	Indicador moderado 75-84
4	Histriónico	17	
5	Narcisista	24	Indicador sugestivo 60-74
6A	Antisocial	17	
6B	Agresivo (sádico)	20	Indicador bajo 35-59
7	Compulsivo	17	
8A	Negativista	16	Indicador nulo 0-34
8B	Autodestructivo	15	

➤ **Patrones clínicos de personalidad**

- **Esquizoide:** Son personas que se caracterizan por su falta de deseo y su incapacidad para experimentar placer o dolor intenso. Tienden a ser apáticos, desganados, distantes y asociales.
- **Evitativo:** Personas que experimentan pocos refuerzos positivos de sí mismos y de los demás. Permanecen alerta y siempre en guardia.
- **Depresivo:** Son individuos tristes, pesimistas, falta de alegría, incapacidad de experimentar placer y un aparente retardo motor.
- **Dependiente:** estas personas han aprendido no solo a recurrir a los demás para obtener cuidados y seguridad, sino también a esperar pasivamente a que

otros tomen el mando y se lo proporcionen. Se caracterizan por una búsqueda de relaciones en las que pueden apoyarse en otros para conseguir afecto, seguridad y consejos.

- **Histriónico:** Estas personas a menudo muestran una insaciable, e incluso indiscriminada, búsqueda de estimulación y afecto. Su inteligente y a menudo comportamiento social da la apariencia de confianza personal y seguridad en sí mismo. Sin embargo, debajo de esta apariencia subyace una necesidad de señales de aceptación y aprobación.
- **Narcisista:** Estos individuos destacan por su forma egoísta de dedicarse a sí mismos, experimentando placer primario, simplemente siendo pasivos o centrándose en sí mismos.
- **Antisocial:** Estas personas son irresponsables e impulsivos, cualidades que justifican por qué consideran poco fiables y desleales a los demás.
- **Agresivo-sádico:** Estos individuos obtienen placer y satisfacción personal humillando a otras personas y violando sus derechos y sentimientos. En general son hostiles, belicosos y aparecen indiferentes o incluso muestran agrado por las consecuencias destructivas de sus comportamientos contenciosos, abusivos y brutales.
- **Compulsivo:** estas personas son intimidados y coaccionados para aceptar las demandas y los juicios impuestos por los demás. Sus formas de actuar prudentes, controlados y perfeccionistas derivan de un conflicto entre la hostilidad hacia los demás y el miedo a la desaprobación social.
- **Pasivo-agresivo (Negativistas):** Estas personas sienten un conflicto entre seguir las recompensas ofrecidas por otros y aquellas que ellos mismos desean. Experimentan continuas discusiones y desengaños cuando oscilan entre el interés y el desafío, la obediencia y la oposición agresiva.
- **Autodestructivo:** Las personas masoquistas se relacionan con otros de forma servil y auto sacrificado, alientan a los demás a explotarles o aprovecharse de ellos. A menudo intensifican su déficit y se colocan en una posición inferior o despreciable.

Cuadro N° 5: Patología grave de la personalidad

Escalas	Indicador	N° Ítems	Categoría
S	Esquizotípico	16	Indicador elevado ≥ 85
C	Límite	16	Indicador moderado 75-84
P	Paranoide	17	Indicador sugestivo 60-74

➤ **Patología grave de la personalidad**

- **Esquizotípico:** estas personas prefieren el aislamiento social con relaciones y obligaciones personales mínimas. Se inclinan a comportarse de forma autista o cognitivamente confusa, piensan tangencialmente ya menudo parecen estar absortos en sí mismos y pensativos.
- **Límite:** estos individuos tienen defectos estructurales y experimentan intensos estados de ánimo endógenos, con periodos recurrentes de depresión y apatía, a menudo acompañado con sentimientos de ira, ansiedad o euforia.
- **Paranoide:** estas personas muestran una vigilante desconfianza hacia los demás y una actitud defensiva tensa ante la anticipación de la crítica y engaños, presentan una irritabilidad áspera y tienden a provocar la exasperación y el enfado de otros.

Cuadro N° 6: Síndromes clínicos

Escalas	Indicador	N° Ítems	Categoría
A	Trastorno de ansiedad	14	Indicador elevado ≥ 85
H	Trastorno Somatomorfo	12	
N	Trastorno bipolar	13	
D	Trastorno distímico	14	Indicador moderado 75-84
B	Dependencia del alcohol	15	
T	Dependencia de sustancias	14	
R	Trastorno de estrés postraumático	16	Indicador sugestivo 60-74

➤ **Síndromes clínicos**

- **Trastorno de ansiedad:** Estas personas con frecuencia informan de sentimientos vagamente aprensivos como específicamente fóbicos, está típicamente tenso, indeciso e inquieto, tiende a quejarse de varios tipos de molestias físicas, como una sensación de tensión, dolores musculares poco definidos y náuseas.
- **Trastorno Somatomorfo:** Estas personas expresan dificultades psicológicas mediante los canales somáticos, periodos persistentes de cansancio y debilidad y preocupación por su falta de salud y una variedad de dolores traumáticos, pero en gran medida inespecíficos, en diferentes e inconexas partes del cuerpo.
- **Trastorno bipolar:** Son personas que presentan periodos de euforia superficial, una elevada autoestima, un exceso de actividad nerviosa y facilidad para distraerse, discurso rápido, impulsividad e irritabilidad.
- **Trastorno Distímico:** se caracteriza porque estas personas se han visto afectadas por periodos de año con sentimientos de desánimo o culpa, falta de iniciativa, apatía conductual y baja autoestima. Frecuentemente expresan sentimientos de inutilidad y comentarios auto-destructivos.
- **Dependencia del alcohol:** estas personas probablemente hayan tenido una historia de alcoholismo, ha tratado de superar el problema con poco éxito y, como consecuencia, experimenta considerablemente malestar en la familia y en el trabajo.
- **Dependencia de sustancias:** estas personas tienen una historia recurrente o reciente de abuso de drogas, habitualmente le cuesta mucho reprimir sus impulsos para mantenerlos dentro de unos límites sociales convencionales y es incapaz de manejar las consecuencias personales de este comportamiento.
- **Trastorno de estrés postraumático:** estas personas han experimentado un suceso que implicaba una amenaza para su vida y reaccionaron ante ello con

miedo intenso o sentimiento de indefensión. Las persistentes imágenes y emociones asociadas con el trauma llevan a recuerdos y pesadillas que reactivan los sentimientos generados por el suceso original.

Cuadro N° 7: Síndromes clínicos graves

Escalas	Indicador	N° Ítems	Categoría
SS	Trastorno del pensamiento	17	Indicador elevado ≥ 85
CC	Depresión mayor	17	Indicador moderado 75-84
PP	Trastorno delirante	13	Indicador sugestivo 60-74

➤ **Síndromes clínicos graves**

- **Trastorno del pensamiento:** estas personas se clasifican como esquizofrénicos, pueden mostrar conductas incongruentes, desorganizadas o regresivas, a menudo parecen confusos y desorientados y ocasionalmente exhiben afecto inapropiado, alucinaciones dispersas y delirios no sistemáticos.
- **Depresión mayor:** estas personas son incapaces de funcionar en un ambiente normal, están severamente deprimidos y expresan pavor ante el futuro, ideación suicida y un sentimiento de resignación desesperado. Durante estos periodos a menudo ocurren algunos problemas somáticos, tales como falta de apetito, cansancio, pérdidas o ganancias de peso, insomnio y despertar precoz.
- **Trastorno delirante:** a estas personas se les considera paranoides agudos y pueden volverse periódicamente beligerantes, expresando delirios irracionales, pero interconectados, de una naturaleza celosa, persecutoria y grandiosa. Los

➤ **Índices Modificadores:**

- **Sinceridad:** indica si la persona es franca y reveladora o reticente y reservada. Si la puntuación directa es menor que 34 o mayor que 178, se invalida la prueba.
- **Validez:** es altamente sensible a respuestas descuidadas, confusas o al azar, siendo la puntuación 2 la que invalida la prueba.
- **Deseabilidad Social:** evalúa el grado en que los resultados pueden verse afectados por la tendencia de la persona a mostrarse socialmente atractiva, moralmente virtuosa, o emocionalmente estable. Puntuar por encima de 75 indica esta tendencia a presentarse favorable, ocultando dificultades psicológicas o interpersonales.
- **Devaluación:** Si presenta puntuaciones por encima de 75, la persona se está despreciando o devaluando en sus dificultades emocionales y problemas interpersonales.

c. Calificación

Una vez que se ha completado el protocolo del MCMI-III, se procede a su corrección mediante un programa diseñado en Excel, integrando los datos del protocolo de respuestas para luego obtener el perfil general de todas las escalas que conforman la prueba.

d. Interpretación de los resultados

El MCMI-III representa dos niveles diferentes de severidad, PREV de 75 y PREV de 85, que claramente pueden utilizarse para caracterizar el grado en que un determinado perfil de Personalidad es más o menos funcional.

Para las escalas de personalidad una prevalencia de 75 indica la presencia del rasgo clínico o estilo de personalidad y una de 85, la presencia del trastorno. En el caso de las escalas clínicas, se determina la presencia del síndrome con una prevalencia de 75, mientras que con una de 85 se determina la prominencia del mismo (Cardenal y Sánchez, 2007).

e. Validez

La validez del Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III) está determinada por tres estadios de validación que los detallamos a continuación:

❖ **Primer estadio de validación (teórico-sustantivo)**

En el primer estadio de validación del MCMI-III se examina hasta qué punto los ítems que forman el instrumento derivan su contenido de un marco teórico explícito. “Esta teoría primero basada en los principios del refuerzo y ahora anclada en los conceptos fundamentales de la evolución aporta constructos clínicamente relevantes para la definición de rasgo de personalidad y de síndrome, los cuales sirvieron de guión al redactar los ítems de la escala” (Millon, 1990, p. 27).

❖ **Segundo estadio de validación (interna-estructural)**

El segundo estadio de validación del MCMI-III se refiere al modelo al que se espera que se ajusten los elementos del instrumento. “En la fase estructural, los ítems que ya han sido validados sustantivamente se aplican a poblaciones apropiadas, los ítems que sobreviven a este segundo estadio son aquellos que maximizan la homogeneidad de la escala, muestran cierto solapamiento con otras escalas teóricamente congruentes y demuestran niveles satisfactorios en sus índices de atracción y de estabilidad temporal” (Millon, 1990, p. 28).

❖ Tercer estadio de validación (externa-de criterio)

El tercer estadio de validación del MCMI-III, incluye solo aquellos ítems que han cumplido los requisitos de las fases sustantiva y estructural anteriores. “En este estadio se evalúa la correspondencia empírica de cada escala del test con varias medidas del rasgo o del síndrome bajo estudio no procedentes de una escala; este tercer estadio implica correlacionar los resultados obtenidos en formas preliminares del inventario con comportamientos clínicos relevantes” (Millon, 1990, p. 28).

f. Confiabilidad

Cuadro N° 8: Confiabilidad global del Alfa de Cronbach

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	Nro de elementos
,96	,979	381

La presente tabla nos permite analizar la confiabilidad del test en su globalidad, en la que observamos una puntuación en el Alfa de Cronbach de 0.96, esto significa que presenta una alta consistencia interna, lo que le confiere a la prueba confiabilidad en su totalidad y le permite arrojar resultados coherentes.

Cuadro N° 9: Confiabilidad mediante la prueba de Spearman Brown

Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	,915
		N de elementos	191 ^a
	Parte 2	Valor	,952
		N de elementos	191 ^b
	N total de elementos		382
Correlación entre formularios			,853
Coefficiente de Spearman-Brown	Longitud igual		,921
	Longitud desigual		,921
Coefficiente de dos mitades de Guttman			,917

La presente tabla nos permite analizar la confiabilidad de partes divididas del Alfa de Cronbach, según el coeficiente de Spearman Brown, en la que se puede apreciar que el test al ser dividido en dos partes iguales, una par y la otra impar, este encuentra equilibrio en ambas partes lo que demuestra su alta confiabilidad.

Cuadro N° 10: Confiabilidad según el Alfa de Cronbach de los Patrones Clínicos, Patrones Clínicos Graves, Síndromes Clínicos y Síndromes Clínicos graves

Patrones Clínicos de Personalidad	Alfa de Cronbach
Esquizoide	.55
Evitativo	.69
Depresivo	.62
Dependiente	.68
Histriónico	.67
Narcisista	.72
Antisocial	.75
Agresivo	.76
Compulsivo	.59
Negativista (Pasivo-Agresivo)	.77
Autodestructivo	.69
Patología Grave De La Personalidad	
Esquizotípico	.70
Limite	.76
Paranoide	.74
Síndromes Clínicos	
Esquizotípico	.70
Limite	.76
Paranoide	.74
Síndromes Clínicos Graves	
Trastorno del pensamiento	.79
Depresión mayor	.87
Trastorno delirante	.66

Según el análisis del Alfa de Cronbach, en relación con cada una de las Escalas del MCMI III, los coeficientes oscilan entre 0,55 (Esquizoide) hasta 0,87 (Depresión Mayor). En general, estos resultados obtenidos indican una creciente

y estable consistencia interna entre los ítems que conforma la prueba, así también estas cifras muy similares a los obtenidos en la población española.

7.2 ESCALA PARA MEDIR SENTIMIENTOS DE CULPA (SC-35)

a. Ficha técnica

Nombre	: Escala para medir sentimientos de culpa (SC-35).
Autor	: Zabalegui.
Aplicación	: Individual y colectiva.
Ámbito de aplicación	: A partir de 18 años.
Tiempo de administración	: Variable, entre 15 y 20 minutos.
Materiales	: Cuestionario, hoja de respuestas y manual de calificación.
Finalidad	: Evaluación de los sentimientos de culpa.

b. Descripción

La escala para medir Sentimientos de Culpa (SC-35), consta de 35 ítems agrupados en ocho factores o dimensiones, los cuales detallamos a continuación:

- **Factor I Autodesprecio:** Es un sentimiento que surge que la evaluación negativa sobre uno mismo provocando rechazo, enojo u odio contra sí mismo. Estas personas no se aman debidamente, no se valoran, no ven nada apreciable en ellos mismos y no se cuidan debidamente, se odian porque fueron odiados, despreciados, pospuestos, descartados, reemplazados, no amados; entonces se creyeron despreciables y es así como nace el autodesprecio. Lo componen principalmente las frases 34, 27 y 35 de la escala.
- **Factor II Apreensión:** Es un sentimiento de desagrado que se siente hacia una persona específicamente por miedo a recibir algún daño, cualquier gesto provoca

- 62

insatisfechos por las cosas que hemos conseguido o no cubren nuestras expectativas. Es un sentimiento molesto, no verbalizado, que proviene de las fallas cometidas durante el pasado, el comportamiento anterior pesa y culpabiliza. La causa más frecuente de la insatisfacción son los problemas del estado de ánimo. Lo componen principalmente las frases 9, 7 y 31.

- **Factor VII Defraudar las expectativas de los otros:** Es un sentimiento que consiste en no responder a la confianza o expectativas que se tienen puestas en alguien. Es frustrar y no responder a las esperanzas que tienen los demás y muchas veces esta expectativa se ve defraudada, no satisfecha, frustrada. Lo componen principalmente las frases 10, 15 y 25.
- **Factor VIII Desagrado de la moralidad y ética exigente:** Es un sentimiento que surge de la molestia sobre lo que representan los pensamientos morales y éticos o la capacidad de autoevaluación, esto significa que estas personas sienten molestia sobre el reproche y la crítica recibidos de la sociedad. Lo componen principalmente las frases 19, 24, 28, 30 y 32.

c. Calificación

Las respuestas de los ítems de la Escala para medir Sentimientos de Culpa se puntúan de la siguiente manera:

- TF (Totalmente falso) = 1 punto.
- MBF (Más falso que verdadero) = 2 puntos.
- MBV (Más verdadero que falso) = 4 puntos.
- TV (Totalmente verdadero) = 5 puntos.

Los ítems negativos, es decir los ítems uno y treinta y uno reciben una puntuación inversa.

- TF (Totalmente falso) = 5 puntos.
- MBF (Más falso que verdadero) = 4 puntos.

- MBV (Más verdadero que falso) = 2 puntos.
- TV (Totalmente verdadero) = 1 punto.

Es importante considerar que un ítem sin contestar o contestado incorrectamente se le adjudican tres puntos y la suma de todos los puntos obtenidos en los treinta y cinco ítems es la puntuación total.

d. Interpretación

La interpretación de la escala SC (35) se hace de la siguiente manera:

Cuadro N° 11: Significado de las puntuaciones de sentimientos de culpa

PUNTUACIONES	SIGNIFICADO
Carece De 1 a 19	Es una persona excesivamente fría, insensible, ruda, que pasa de todo y a quien nada le importa. Carencia de sentimientos de culpa, insensibilidad emocional.
Escasos De 20 a 39	Es una persona al que no le afectan para nada los sentimientos de culpa. Persona muy relajada e insensible a la aprobación o desaprobación de la gente. Sentimientos de culpa escasos.
Poca tendencia De 40 a 60	Muy poca tendencia a experimentar sentimientos de culpa. Persona tranquila, segura de sí misma que puede dormir sin perturbaciones.
Normales De 61 a 90	La persona sufre el sentimiento de culpa con la mayoría de los hombres y mujeres; es decir ni poco ni mucho. Sentimientos de culpa normales.
Más de lo debido De 91 a 120	Se trata de una persona que tiende claramente a culpabilizarse más de lo normal o más de lo debido.
Excesivos De 121 a más	Se trata de una persona que tiene vulnerabilidad grande, excesiva con mucha carga de sentimientos de culpa. Sentimientos de culpa excesivos y agobiantes.

e. Validez y confiabilidad

Cuadro N° 12: Confiabilidad global del Alfa de Cronbach

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N° de elementos
,846	,842	37

SENTIMIENTOS DE CULPA

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
item27	119,41	574,882	0,323	0,843
item34	118,29	578,471	0,118	0,848
item35	118,47	539,765	0,607	0,835
item4	116,24	586,441	0,061	0,847
item5	118,47	552,39	0,444	0,839
item8	118	534,875	0,582	0,834
item13	117,41	539,882	0,53	0,836
item20	117,24	549,691	0,443	0,839
item23	118,18	554,404	0,356	0,841
item29	117	552	0,441	0,839
item1	117,71	581,596	0,065	0,85
item11	118,41	585,882	0,031	0,85
item16	116,71	579,221	0,134	0,847
item17	116,47	544,64	0,603	0,835
item21	116,41	556,507	0,476	0,839
item22	116	596,375	-0,127	0,849
item26	117,65	545,868	0,514	0,837
item35a	118,29	543,096	0,522	0,836
item2	118,82	560,529	0,362	0,841
item3	118,65	539,993	0,575	0,835
item12	118,47	558,765	0,338	0,842
item13	117,41	539,882	0,53	0,836
item14	118,71	532,596	0,706	0,832
item18	117,59	545,007	0,509	0,837
item6	116,41	569,507	0,284	0,843
item33	116,41	556,257	0,535	0,838
item7	117,18	567,404	0,213	0,846
Ítem 9	116,53	568,015	0,28	0,843
item31	117,12	613,985	-0,279	0,859
item10	116,47	571,015	0,296	0,843
item15	118,06	571,309	0,181	0,846
item25	117,29	592,971	-0,057	0,853
item19	116,47	604,765	-0,218	0,854
item24	116,53	572,39	0,221	0,845
item28	119	541,875	0,646	0,834
item30	117,41	535,507	0,617	0,834
item32	116,65	563,118	0,354	0,841

El presente cuadro nos permite analizar la relación entre cada ítem y el test, analizaremos columna por columna: **La Segunda columna** contiene la puntuación media en el test si eliminamos el ítem. Por ejemplo, si eliminamos el ítem 4 la media del test sería 116.24 pero al realizar un análisis más profundo de los promedios podemos percibir que no existe una variación significativa si elimináramos uno u otro ítem. Debemos hacer presente que teniendo elementos más contundentes en el resto de columnas no nos basaremos en las medias.

La Tercera columna es la varianza del test si eliminamos el ítem. La siguiente columna es la varianza del test si eliminamos el ítem. Por ejemplo, si eliminamos el ítem 14 la varianza del test sería 532.59 es decir la eliminación de estos ítems permitiría una mayor varianza y a mayor varianza la prueba es más confiable.

La Cuarta columna contiene el índice de correlación total/homogeneidad corregido, es decir, la correlación entre la puntuación en un ítem y la suma de las puntuaciones en los ítems restantes. Por ejemplo, el índice de homogeneidad corregido para el ítem 25 es -0.057, para el ítem 19 es -0.218, lo que nos indica que no hay mucha relación entre estos ítems y los restantes.

La última columna contiene el coeficiente Alfa de Cronbach si eliminamos el ítem. Por ejemplo, eliminar el ítem 14 provoca que el coeficiente Alfa de Cronbach pase a ser 0.83, es decir la confiabilidad del test sube. Como apreciamos de la tabla la confiabilidad y validez de la prueba es estable y está por encima de 70 que es lo óptimo para mencionar que el instrumento es válido y confiable.

Cuadro N° 13: Alfa de cronbach y spearman brown

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,846	,842	37

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	,750
		N de elementos	19 ^a
	Parte 2	Valor	,672
		N de elementos	18 ^b
	N total de elementos		37
Correlación entre formularios			,829
Coeficiente de Spearman-Brown	Longitud igual		,906
	Longitud desigual		,906
			,902
Coeficiente de dos mitades de Guttman			

- c. Los elementos son: item27, item34, item35, item4, item5, item8, item13, item20, item23, item29, item1, item11, item16, item17, item21, item22, item26, item35a, item2.
- d. b. Los elementos son: item3, item12, item13a, item14, item18, item6, item33, item7, item9, item31, item10, item15, item25, item19, item24, item28, item30, item32.

Los presentes cuadros nos permiten analizar la consistencia interna del test en su globalidad. Podemos ver que la escala global presenta un Alfa de Cronbach de 0.84 lo que implica que la prueba es altamente confiable, ya que cumple con uno de los requisitos básicos de la Consistencia Interna que su Alfa de Cronbach sea igual o mayor a 0.70. Al dividir la prueba en dos partes utilizando la prueba de Spearman –Brown, ya que es una prueba que en el transcurso de su creación y mantenimiento ha sufrido alargamientos o acortamientos en sus reactivos, y con el fin de estimar la confiabilidad de la prueba, se utiliza dicho estadístico; se ha encontrado un Spearman Brown para la parte 1 (alfa = .75) y parte 2 (alfa = .67),

confirmando una vez más que la prueba es estable internamente y que presenta consistencia interna y validez.

8. PROCEDIMIENTO

La investigación se inició con la delimitación del tema seguido de la búsqueda de toda la información necesaria a través de las diversas fuentes; con la cual se procedió a la elaboración del proyecto de investigación. Posteriormente se solicitó el permiso al Instituto Nacional Penitenciario (INPE) para acceder a las instalaciones del Establecimiento Penitenciario. Una vez constituidas en el Penal de Mujeres, nos entrevistamos con la Directora, Jefa del Organismo de Tratamiento Penitenciario, Psicóloga y la Jefa de Seguridad con quienes se coordinó y programó las evaluaciones de las internas seleccionadas en la muestra de acuerdo a los criterios de inclusión. Antes de realizar el proceso de evaluación convocamos una reunión con las diecisiete internas recluidas por el delito de parricidio previamente seleccionadas a través del muestreo no probabilístico de tipo intencional para obtener su consentimiento en la participación de la presente investigación.

La investigación tuvo una duración de cinco meses de marzo a julio del 2015, realizando el proceso de evaluación en tres etapas; la primera consistió en la realización del rapport y entrevistas personales, en la segunda etapa se aplicó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III) y por último se efectuó la tercera etapa con la aplicación de la escala para medir Sentimientos de Culpa (SC-35). Ambas pruebas psicológicas fueron aplicadas individualmente una por cada sesión dependiendo también de la disponibilidad de las internas evaluadas.

Una vez terminada la aplicación de cada prueba psicométrica se procedió a la calificación y vaciado de datos de las respectivas pruebas considerando solo las pruebas validadas para luego proceder al análisis estadístico respectivo, siendo la estadística empleada para pruebas no paramétricas como la Chi cuadrada con residuos tipificados y también se aplicó el programa SPSS versión 22 con el objetivo de establecer correlación entre ambas variables. Finalmente para la confiabilidad de datos se ha empleado el Alfa de Cronbach.

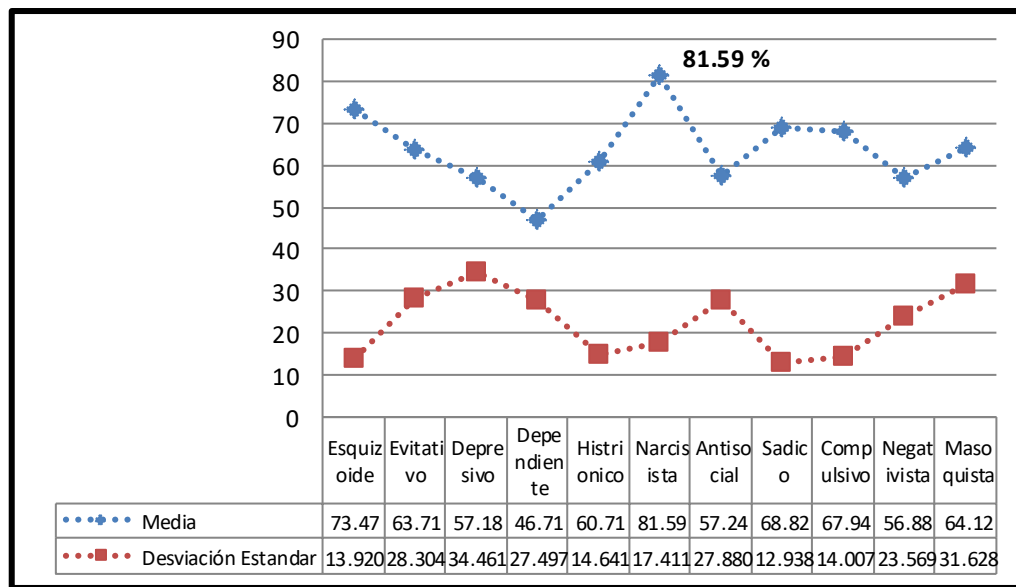
CAPITULO IV

RESULTADOS

En el presente capítulo se realizó el análisis y la interpretación de los resultados, el análisis de datos se realizó en forma descriptiva correlacional entre las diferentes pruebas psicológicas tomadas a la muestra de internas recluidas por el delito de Parricidio. El paquete estadístico utilizado SPSS versión 22, con la prueba estadística no Paramétrica de la Chi Cuadrada con residuos tipificados para determinar si los datos obtenidos presentan variaciones estadísticamente significativas.

Gráfica N° 1

Medidas de tendencia central de los Patrones Clínicos de Personalidad (MCMI-III)

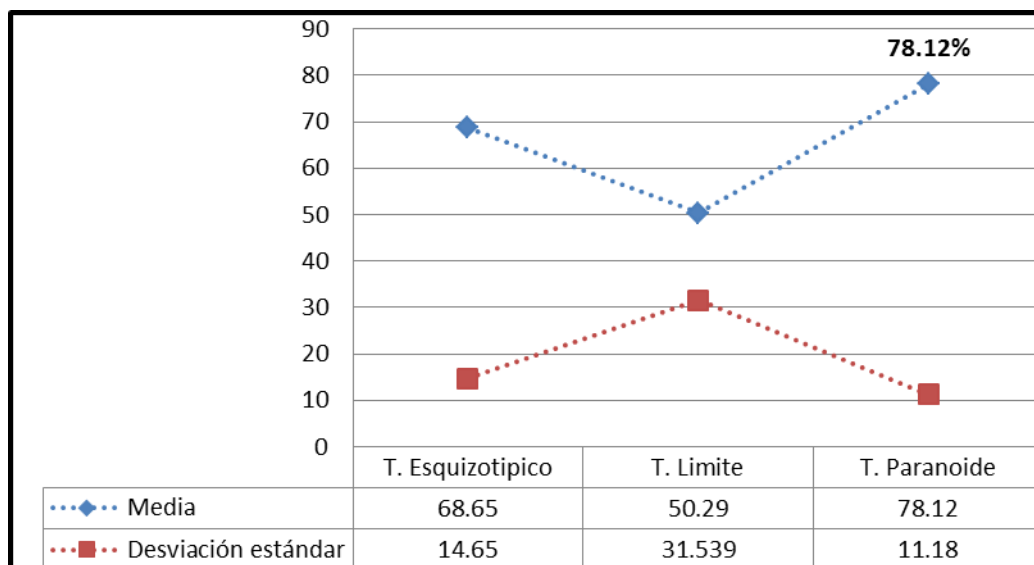


Leyenda: Nivel elevado de 85 en adelante
Nivel moderado de 75 a 84

En la presente gráfica observamos que el Patrón Clínico de Personalidad prevaleciente en las internas parricidas evaluadas es el Narcisista, se encuentra en un nivel “moderado” (75-84), lo que nos indica que los sujetos evaluados entre otros rasgos de personalidad, son aquellos orientados a la grandiosidad, la necesidad de admiración, el egocentrismo y la imperturbabilidad, con tendencia a la utilización de los demás para conseguir objetivos personales.

Gráfica N° 2

Medidas de tendencia central de la Patología Grave de la Personalidad (MCMI-III)

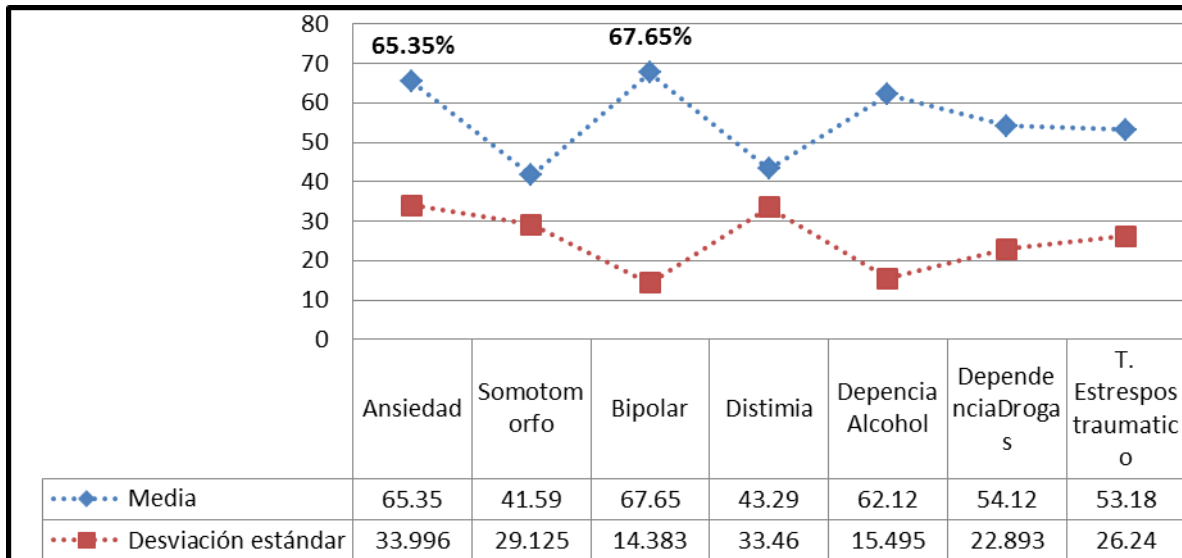


Leyenda: Nivel elevado de 85 en adelante
Nivel moderado de 75 a 84

La gráfica nos muestra que la Patología Grave de la Personalidad que alcanzo un mayor porcentaje en las internas parricidas evaluadas es el Trastorno Paranoide, ubicándose en un nivel “moderado” (75 – 84), lo cual nos indica que son personas que muestran una vigilante desconfianza hacia los demás, actitud defensiva, tensa ante la anticipación de la crítica y engaños, presentan irritabilidad y tienden a provocar exasperación y enfado de otros.

Gráfica N° 3

Medidas de tendencia central de los Síndromes Clínicos (MCMI-III)

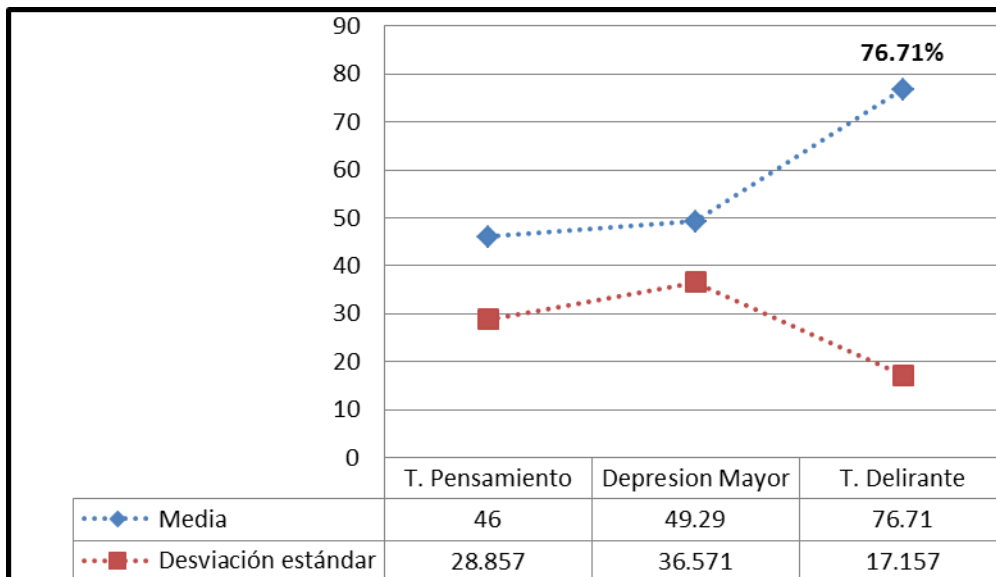


Leyenda: Nivel elevado de 85 en adelante
Nivel moderado de 75 a 84
Nivel sugestivo de 60 a 74

Observamos en la gráfica que los Síndromes Clínicos sobresalientes en las internas parricidas evaluadas son el Síndrome Bipolar, que alcanza el mayor porcentaje y se encuentra en un nivel “sugestivo” (60-74), seguido del Síndrome Clínico Ansiedad, lo cual significa que son personas que presentan periodos de euforia superficial, exceso de actividad nerviosa y facilidad para distraerse, discurso rápido, impulsividad e irritabilidad. En relación a la Ansiedad estas personas tienden a quejarse de varios tipos de molestias físicas, como una sensación de tensión o dolores musculares poco definidos, están típicamente tensos, indecisos e inquietos.

Gráfica N° 4

Medidas de tendencia central de Síndromes Clínicos Graves (MCMI-III)

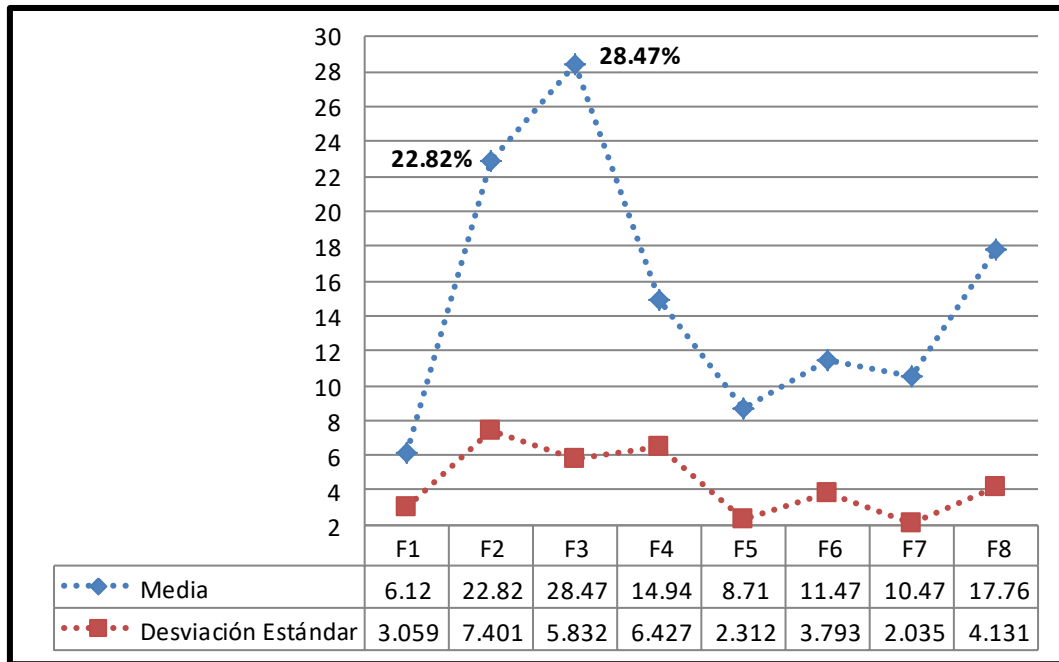


Leyenda: Nivel elevado de 85 en adelante
Nivel moderado de 75 a 84

En la presente gráfica encontramos que el Síndrome Clínico Grave más resaltante en las internas parricidas evaluadas es el Trastorno Delirante ubicado en un nivel moderado (75 -84), lo cual significa que estas internas son personas que se les considera Paranoides Agudos y pueden volverse periódicamente conflictivas expresando delirios irracionales, pero interconectados de una naturaleza celosa, persecutoria y grandiosa, los estados de ánimo son habitualmente hostiles y expresan sentimientos de ser acosados y maltratados.

Gráfica N° 5

Medidas de tendencia central de la Escala para medir Sentimientos de Culpa



(SC-35)

Leyenda: F1 Autodesprecio / F2: Apreensión / F3: Vergüenza / F4: Sentimiento de indignidad en toda relación / F5: Necesidad de reparación / F6: Insatisfacción por la vida pasada / F7: Defraudar las expectativas de los otros / F8: Desagrado de la moralidad y ética exigente.

En la presente gráfica apreciamos los factores de la Escala para medir Sentimientos de Culpa en donde los predominantes son la “Vergüenza” (F3) y la “Apreensión” (F2), lo que significa que las internas parricidas evaluadas conciben la vergüenza como un sentimiento que consiste en la pérdida de dignidad causado por la falta cometida, estas personas se avergüenzan cuando los demás ven o son testigos de su conducta culpable y quedan a la vista de la sociedad que los condena. En relación a la apreensión las internas tienen un sentimiento de desagrado hacia una persona o cosa, por miedo a recibir algún daño, cualquier gesto les provoca duda, miedo e inseguridad de haber obrado mal.

**CUADROS DE CORRELACIÓN DEL INVENTARIO
CLÍNICO MULTIAXIAL MILLON III (MCMI-III)
CON LA ESCALA PARA MEDIR SENTIMIENTOS
DE CULPA (SC-35)**

Cuadro N° 14

Correlación entre los patrones clínicos de personalidad del (MCMI-III) con la escala de sentimiento de culpa (SC-35)

PATRONES CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD		FACTORES DE LA ESCALA DE SENTIMIENTOS DE CULPA					P ≤ 0.05
		F1	F2	F4	F5	F8	
Evitativo TOTAL	Nulo		23,5%				P ≤ 0.035
	Sugestivo	29,4%				35,3%	
		41,2%	47,1%			58,8%	
Dependiente TOTAL	Sugestivo				5,9%		P ≤ 0.042
					23,5%		
Antisocial TOTAL	Moderado				17,6%		P ≤ 0.006
					23,5%		
Compulsivo TOTAL	Elevado			11,8%			P ≤ 0.021
				29,4%			
Masoquista TOTAL	Sugestivo		17,6%				P ≤ 0.030
			47,1%				

Leyenda: F1 Autodesprecio / F2: Aprensión / F4: Sentimiento de indignidad en toda relación / F5: Necesidad de reparación / F8: Desagrado de la moralidad y ética exigente.

El presente cuadro nos permite apreciar la correlación de los Patrones Clínicos de Personalidad con la Escala de Sentimientos de Culpa; encontrando que existe relación estadísticamente significativa entre el patrón clínico de personalidad **Compulsivo** en su nivel “elevado” con el factor **Sentimiento de Indignidad (F4)** de la escala de Sentimientos de Culpa, lo cual significa que dichas internas creen que no son merecedoras de ningún sentimiento, suelen estar a la defensiva en sus relaciones interpersonales, ante las críticas no pueden expresar su ira para no perder la escasa aceptación, se auto condenan conduciendo a la depresión y ansiedad, este sentimiento de indignidad lo poseen por haber cometido actos reprobables lo que se refuerza por su patrón de personalidad compulsivo que los lleva a estar en conflicto consigo mismos y tener miedo a la desaprobación social.

Cuadro N° 15

Correlación entre los patrones graves de la personalidad del (MCMI-III) con la escala de sentimiento de culpa (SC-35)

PATRONES GRAVES DE LA PERSONALIDAD		FACTORES DE LA ESCALA DE SENTIMIENTOS DE CULPA				P ≤ 0.05
		F1	F2	F3	F4	
Esquizotípico	Sugestivo		47,1%			P ≤ 0.043
TOTAL			47,1%			
Límite	Nulo	29,4%				P ≤ 0.009
TOTAL		41,2%				
Paranoide	Moderado			23,5%	23,5%	P ≤ 0.008
TOTAL				23,5%	29,4%	P ≤ 0.042

Leyenda: F1 Autodesprecio / F2: Aprensión / F3: Vergüenza / F4: Sentimiento de indignidad en toda relación.

En el presente cuadro apreciamos la relación de los Patrones Graves de Personalidad con los factores de la Escala de Sentimientos de Culpa, encontrando correlación entre el Patrón Grave de Personalidad **Paranoide** en su nivel moderado, se encuentra relacionado con la **Vergüenza (F3)** y el **Sentimiento de indignidad (F4)**, lo que nos indica que las internas evaluadas sienten vergüenza por la falta cometida, se avergüenzan cuando los demás ven o son testigos de su conducta culpable y quedan a la vista de la sociedad que los condena; estas internas también creen que no son merecedoras de ningún sentimiento, suelen estar a la defensiva en sus relaciones interpersonales y ante las críticas no pueden expresar su ira para no perder la escasa aceptación, este sentimiento de indignidad lo poseen por haber cometido actos reprensibles lo que se refuerza con su patrón de personalidad paranoide mostrando desconfianza hacia los demás y una actitud defensiva, tensa ante la anticipación de la crítica y tienden a provocar el enfado de otros.

Cuadro N° 16

Correlación entre los síndromes clínicos de la personalidad del (MCMI-III) con la escala de sentimiento de culpa (SC-35)

SÍNDROMES CLÍNICOS		FACTORES DE LA ESCALA DE SENTIMIENTOS DE CULPA				P ≤ 0.05
		F1	F2	F4	F5	
Ansiedad	Nulo	23,5%	23,5%	23,5%		P ≤ 0.038
TOTAL		41,2%	47,1%	29,4%		P ≤ 0.025 P ≤ 0.008
Bipolar	Nulo				5,9%	P ≤ 0.042
TOTAL					23,5%	
Distimia	Moderado				11,8%	P ≤ 0.041
TOTAL					23,5%	
Estrés Postraumático	Nulo	29,4%				P ≤ 0.023
TOTAL		41,2%				

Leyenda: F1 Autodesprecio / F2: Aprensión / F4: Sentimiento de indignidad en toda relación / F5: Necesidad de reparación.

Observamos en el cuadro la relación estadísticamente significativa entre los Síndromes Clínicos de la Personalidad con los factores de la Escala de Sentimientos de Culpa encontrando correlación entre el Síndrome Clínico **Distimia** en su nivel moderado con la **Necesidad de Reparación (F5)**, lo cual significa que estas personas necesitan resarcir en cierta medida el mal realizado, la necesidad de reparación surge como reacción a ansiedades depresivas y a la culpa que la embarga al infractor lo que se refuerza con el Síndrome Clínico Distímico mostrando desamino, culpa, falta de iniciativa, baja autoestima, frecuentemente expresan inutilidad y comentarios autodestructivos.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

Desde la antigüedad se ha buscado definir, conocer, comprender los rasgos que caracterizan a las personas con el objetivo de explicar y predecir el comportamiento humano, en ese afán existen varios modelos teóricos y metodológicos que han abordado su estudio. Es importante considerar que la estructura de la personalidad está determinada por factores biológicos, psicológicos y sociales que interactúan constantemente y se expresan automáticamente en todas las áreas del funcionamiento del individuo.

Sin embargo conocer el motivo de la conducta punible precisa de un estudio más exhaustivo donde será preciso recabar información sobre su biografía, rasgos de personalidad, esfera familiar, social, cultural. “En este sentido los profesionales de psicología abordan al individuo desde la vertiente de los trastornos mentales y del estudio científico del grado de conciencia del alcance de sus actos con el objeto de

conocer su comportamiento y el valor que otorga el paciente a sus conductas antinormativas” (Tiffon, 2008, p. 42).

La presente investigación tiene como propósito identificar la personalidad y los sentimientos de culpa que presentan las internas recluidas por el delito de parricidio, tomando en cuenta la teoría bio-social de Millon (1994) quien afirma que la personalidad normal y patológica comparten los mismos principios y mecanismos de desarrollo, la diferencia estriba en la capacidad de adaptación al medio, las personalidades patológicas muestran conductas mucho más rígidas y poco adaptativas”. Cuando las personas presentan estos rasgos desadaptativos afectan su conducta intensamente hasta el punto de interferir negativamente en sus vidas.

Los patrones de personalidad patológica son características profundamente arraigadas que impregnan todas las facetas de la actividad del individuo. Estos patrones derivan de la compleja y secuencial interacción de los factores constitucionales y de la experiencia. Una vez establecidos en los primeros estadios de la vida, los patrones patológicos tienden a invadir nuevas esferas y a perpetuarse dentro de círculos viciosos; imponen un modo de vida tan arraigado y automático que el paciente a menudo no advierte su presencia ni sus devastadoras consecuencias lo cual genera en muchas ocasiones el sentimiento de culpa determinado por factores personales, familiares, sociales, culturales y religiosos.

Rojas (2009) explica que la culpa surge cuando hacemos daño a otra persona, cuando nos avergonzamos de nuestras palabras o de nuestras conductas; brota cuando sentimos ira y actuamos de forma perversa, a veces nos culpamos por ser manipuladores y otras por ser víctimas de manipulaciones. Nos sentimos culpables por no cumplir las expectativas de los demás o de nosotros mismos, cuando rompemos con la pareja, cuando fracasamos en nuestros proyectos o sencillamente cuando comemos mucho o poco.

La mayoría de las investigaciones encontradas sobre personalidad ha sido en homicidas y algunos estudios psicoanalíticos orientados al sentimiento de culpa en madres,

adolescentes y estudiantes no encontrándose en adultos ni poblaciones penitenciarias. La comunidad científica no ha tenido un consenso claro respecto a esta figura legal. Empezaremos describiendo los resultados sobre los patrones clínicos de personalidad en las internas recluidas por el delito de parricidio en donde encontramos que la principal característica de personalidad es el narcisismo, demostrando que estas personas están orientadas a la grandiosidad, la necesidad de admiración, egocentrismo y tendencia a utilizar a los demás para conseguir objetivos personales, estos individuos destacan por su forma de dedicarse a sí mismos, experimentando placer primario. Por su parte González (2011), en su investigación realizada en población penitenciaria de Madrid, obtuvo como resultado que el patrón clínico de personalidad Antisocial es el más resaltante en la muestra, comparado con nuestros resultados, no coincide con dicha investigación por lo que consideramos que nuestros resultados estuvieron enfocados a la evaluación de parricidas, en cambio los resultados de la investigación de Madrid se realizó en forma global, considerando todos los delitos. En relación a la patología grave de personalidad se encontró que los trastornos Límites y Paranoides son los más frecuentes coincidiendo parcialmente con nuestros resultados ya que el patrón grave que prevalece en la muestra de parricidas es solo el Paranoide; es decir estas personas se caracterizan por desconfiar, presentan irritabilidad, provocan exasperación, enfado y tienen una actitud defensiva y tensa ante la crítica y engaños.

En cuanto a los síndromes clínicos de personalidad encontrados en nuestra investigación hallamos al trastorno bipolar y al trastorno de ansiedad, las personas con bipolaridad tienen euforia superficial, elevada autoestima, exceso de actividad nerviosa, discurso rápido. Por su parte las personas ansiosas tienen sentimientos vagamente aprehensivos, específicamente fóbicos, tensos, indecisos, tienden a quejarse de molestias físicas poco definidas y náuseas. Y en relación a los resultados de los síndromes clínicos graves encontramos que el trastorno Delirante es el más característico lo cual nos demuestra que son personas que pueden volverse periódicamente conflictivas, expresando delirios irracionales de una naturaleza persecutoria y grandiosa, los estados de ánimo son habitualmente hostiles y expresan sentimientos de ser acosados y maltratados.

Las mujeres imputadas por el delito de parricidio están insertadas en una cultura de violencia que forma parte de su biografía. Esta matriz cultural, con violencia de género, marca sus vidas, sus relaciones de pareja y con la de hijos (as) en donde prevalecen relaciones de subordinación de la mujer, ellas son en gran medida controlada y manipuladas por el conviviente o cónyuge quien es su agresor y en esta matriz los hombres son inducidos a estimar que ellas son parte de su propiedad. La vida cotidiana, la autonomía de las mujeres, las libertades personales son focos de conflicto; la administración del dinero, la sexualidad, la crianza de los hijos están en el centro de la tensión y generan violencia con la pareja. Cabe recalcar que Díaz y Cols (1997), afirman que existe relación entre la presencia de trastornos de la personalidad y las relaciones padres-hijos en la infancia.

En cuanto a los resultados de los sentimientos de culpa en las parricidas evaluadas, los factores prevalentes son la “Vergüenza” (F3) seguido de la “Aprensión”(F2), lo que implica que los sujetos evaluados conciben la vergüenza como un sentimiento relacionado siempre con la visión de los otros, se avergüenzan cuando los demás ven o son testigos de su conducta culpable. En relación a la aprensión las internas evaluadas tienen sensación de desagrado hacia una persona o cosa, por miedo a recibir algún daño, cualquier gesto les provoca duda miedo e inseguridad de haber obrado mal.

Respecto a la correlación de los patrones clínicos de personalidad con los sentimientos de culpa se encontró que existe relación entre el patrón de personalidad Compulsiva con el sentimiento de indignidad (F4), lo que implica que dichas personas piensan que no son dignos de ser amados o felices en la vida, lo cual se refuerza por su patrón de personalidad compulsiva que los lleva a estar en conflicto consigo mismos teniendo miedo a la desaprobación social. También se encontró correlación entre la patología grave de personalidad con los sentimientos de culpa, en donde el trastorno Paranoide tiene relación con la vergüenza (F3) y el sentimiento de indignidad (F4) lo que nos indica que son personas que se avergüenzan mucho cuando los demás son testigos de algún acto impropio o fuera de la norma, creen que son merecedoras del amor, ni de alegría o de eventos buenos, tienen incapacidad de amar y ser amados reforzado por su

patrón de personalidad paranoide mostrando desconfianza hacia los demás, actitud defensiva y tensa.

En cuanto a los resultados de la correlación entre el síndrome clínico Distímico con la necesidad de reparación (F5), nos indica que estas personas necesitan arreglar el mal realizado como reacción a ansiedades depresivas y a la culpa mostrando desamino, falta de iniciativa, baja autoestima, frecuentemente expresan inutilidad y comentarios autodestructivos.

Hoy en día la familia ya no es un espacio de socialización donde se refuerzan aspectos positivos o generan satisfacciones afectivas para superar las frustraciones. Los padres han renunciado a su labor educativa y la han tercerizado a los colegios. (Calderón, 2014). Solo buscan ganarse el afecto del hijo otorgando satisfacciones materiales. El Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado, (2014) explica que “si bien a nivel personal estos jóvenes pueden tener problemas de salud mental, hay también un componente familiar y social que influye sobre sus conductas. Hoy en el entorno de los jóvenes hay contenidos violentos y frívolos que los distancian de las demás personas y los hacen actuar sin límites éticos”. Para el especialista hay también estilos de crianza no asertivos como el punitivo, donde se agrede física y verbalmente a los hijos; y al otro extremo el permisivo, el que deja al hijo hacer siempre lo que quiere y donde los padres no ejercen el principio de autoridad.

El psiquiatra forense del Instituto de Medicina Legal Moisés Ponce (2014): Sustenta que el principio de autoridad se ha perdido pues los padres no saben cómo comunicarse e interrelacionarse con sus hijos.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Las internas evaluadas por el delito de parricidio presentan patrones clínicos de personalidad Narcisistas lo cual nos indica que son personas orientadas a la grandiosidad, la necesidad de admiración y el egocentrismo.

SEGUNDA: La patología grave de la personalidad que presentan las internas evaluadas es el trastorno Paranoide lo que implica que son personas que muestran una vigilante desconfianza hacia los demás y actitud defensiva.

TERCERA: Con respecto a los síndromes clínicos las internas evaluadas por el delito de parricidio del Establecimiento Penitenciario de Mujeres revelan la presencia de síndrome bipolar y de ansiedad lo cual significa que son personas con periodos de euforia superficial, impulsividad y sensación de tensión.

CUARTA: En los síndromes clínicos graves de la personalidad las internas presentan trastorno delirante lo cual nos indica que estas personas pueden volverse periódicamente beligerantes, expresando delirios irracionales de una naturaleza celosa, persecutoria y grandiosa.

QUINTA: En relación a los sentimientos de culpa las internas evaluadas tienen sentimientos de culpa relacionados a la vergüenza y la aprensión, esto significa que estas personas se avergüenzan cuando los demás ven o son testigos de su conducta culpable y tienen sensación de desagrado hacia una persona o cosa, por miedo a recibir algún daño.

SEXTA: Existe una correlación estadísticamente significativa entre el patrón clínico de personalidad compulsivo y el factor “*sentimiento de indignidad en toda relación (F4)*”.

SEXTA: Se encuentra correlación entre el patrón grave de personalidad paranoide y el factor “*vergüenza (F3)*” y en el mismo porcentaje con el factor “*sentimiento de indignidad en toda relación (F4)*”.

SÉPTIMA: En relación a los síndromes clínicos hallamos correlación entre el trastorno distímico y el factor “*necesidad de reparación (F5)*”.

DECIMA: La mayoría de las internas parricidas provienen de hogares violentos o han vivido episodios de violencia psicológica o física con sus parejas sentimentales con la presencia de situación de pobreza.

DECIMO PRIMERA: Las principales víctimas en este delito son los hijos de las internas decluidas por el delito de parricidio, y la causa de muerte es el envenenamiento. El consumo de sustancias no es una característica de esta muestra.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Se sugiere que la investigación pueda realizarse posteriormente con una población mayor de internas recluidas por el delito de parricidio y de esta forma poder obtener datos más representativos.

SEGUNDA: Se recomienda normar las evaluaciones en las instituciones que atienden poblaciones vulnerables para que sean aplicadas a las víctimas de agresión y prevenir posibles delitos.

TERCERA: Ejecutar programas psicológicos preventivos a mujeres víctimas de agresión y agresores para informar, prevenir y abordar la problemática.

CUARTA: Incluir las pruebas de personalidad y sentimientos de culpa en el legajo psicológico de las internas que postulen a algún recorte de pena o beneficio penitenciario.

QUINTA: Utilizar las evaluaciones de la presente investigación para elaborar el diagnóstico psicológico que permita obtener el plan psicoterapéutico adecuado para cada interna sentenciada por el delito de parricidio y facilitar la inserción en los ambientes penitenciarios logrando una mejor calidad de vida y una adecuada salud mental.

SEXTA: Que el estado y las instituciones que velan por la familia apliquen programas para curar los daños psicológicos que dejan los episodios violentos, rencillas, secuelas de separaciones y divorcios de una familia disfuncional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcázar Córcoles, M. (2007). *Patrones de conducta y personalidad antisocial en adolescentes*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, España.
- Aristizabal Diazgranados, E., y Amar Amar, J. (2012). *Psicología forense: Estudio de una mente criminal* (1ª ed.). Barranquilla, Colombia: Ed. Universidad del Norte.
- Arias Gallegos, W. (2015). In Memoriam Theodore Millon. *Revista de Psicología*, 33 (2), 439-40.
- Balladares, S., Saiz, M. (2015). Sentimiento y afecto. *Ciencias psicológicas*, 9(2), 63-71.
- Blanco, C., y Moreno, P. (2006). Revisión del concepto de personalidad y el modelo de personalidad de Millon. *Revista de Psiquiatría*, 10(4), 130-45.
- Baumeister, R. (1994). *Rompiendo corazones*. New York, Estados Unidos. Ed: Reviews.
- Bórquez, R. (2000). *Identidad de género y control social: Una aproximación desde los significados contruidos por las mujeres criminalizadas como homicidas*. (Tesis de pregrado). Universidad de Chile, Chile.
- Castilla del Pino, C. (1968). *La culpa*. Madrid, España: Ed. Tusquets.
- Córdova Zamora, M. (2003). *Estadística descriptiva y diferencial* (5ª ed.). Lima, Perú: Ed. Moshera.
- Cortés Hernández, M. (2011). *Análisis comparativo de los delitos de feminicidio y parricidio*. (Tesis de licenciatura). Universidad Panamericana, Guatemala.
- Echeburúa, E. (2001). Estrategias de afrontamiento ante los sentimientos de culpa. *Análisis y modificación de conducta*, 27(116), 905-29.
- Etxebarria, I., y Pérez J. (2003). *Que nos hace sentir culpa: Categorías de eventos en adolescentes y adultos de uno y otro sexo*. (Tesis de pregrado). Universidad del país Vasco, España.

- G. Wundt. (1873). *Fundamentos de la psicología fisiológica* (1ª ed.).
- Gonzales Guerrero, L. (2011). *Trastornos de la personalidad: Influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, España.
- González Lillo, D. (2015). El delito de parricidio: Consideraciones críticas sobre sus últimas reformas. *Política Criminal*, 10(19), 192-233.
- Grinberg, L. (1963). *Culpa y depresión* Buenos Aires, Argentina: Ed. Paidós.
- Guevara Vásquez, I. (2012). *El parricidio: Entre la infracción del deber y el feminicidio* (1ª ed.). Lima, Perú: Ed. Moreno.
- Hesnard, A. (2000). Parricidio. *Revista de Psicología del crimen*, 35(2), 345-49.
- Instituto Nacional Penitenciario. (2015). *Informe estadístico*. Lima, Perú.
- Jiménez Gómez, F. (2009). *Evaluación Psicológica Forense* (1ª ed.). Salamanca, España: Ed. Solo Soluciones.
- Klein, M. (1937). *Amor, culpa y reparación* (1º ed.). Inglaterra. Vintage.
- Kubany, E. (2015). *Superar el trauma de la violencia doméstica*. Bergisch Gladbach, Alemania: Ed Hogrefe Verlag GmbH.
- Laorden Gutiérrez, C. (2005). Educar emociones: Un instrumento para trabajar el sentimiento de culpa. *Pulso*, 28(2), 125-38.
- Millon, Th., Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad: Más allá del DSM IV*. Barcelona, España: Ed. Masson.
- Millon, Th., Davis, R., y Millon C. (2007). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon III* (3ª ed.). Madrid, España: Ed. TEA.
- Millon, Th., Grossman, S., Millon, C. y Ramnath, R. (2006). *Trastorno de la Personalidad en la vida moderna*. (2ª ed.) Barcelona: Ed. Masson.

- Ministerio del Interior. (2013). *Plan Nacional de Seguridad Ciudadana*. Lima, Perú.
- Morris, Ch. (2001). *Psicología*. México: Ed. Pearson.
- Narramore, B. (1974). *Psicología de la culpa*. Miami, Estados Unidos: Ed. Visión House Publishers.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito. (2011). *El costo económico de la delincuencia organizada en el Perú*. Lima, Perú.
- Olortegui Miranda, F. (Ed.). (2008). *Diccionario de Psicología*. Lima, Perú.
- Pavlov. (1951). *Pismo k Molodiozhi*. Moscú, Rusia: Editorial de la academia de ciencias de la URSS.
- Pérez Sales, P. (2006). *Trauma culpa y duelo: Hacia una psicoterapia integradora* (1ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Ed. Nuevas psicoterapias.
- Rivas Bendezú, E. (2014). *Las causas sociales que generan el parricidio en el Perú*. (Tesis de maestría). Universidad de la Habana, Cuba.
- Rojas Marcos, L. (2009). *El sentimiento de culpa*. Madrid, España: Ed. Aguilar.
- Sechenov. (1952). *Kak i Komu razrabativat psijologuiu*. Moscú, Rusia: Editorial de la academia de ciencias de la URSS.
- Soria Verde, M. (2005). *Manual de Psicología Jurídica e investigación Criminal*. Madrid, España: Ed. Pirámide.
- Soria, M., Saiz Roca, D. (2006). *Psicología criminal*. Madrid España: Ed Pearson.
- Tangney, J. (2007). *Las emociones morales y la conducta moral*. Ed: Annu Rev Psychol.
- Thalmann, A. (2005). *Libérate de la culpabilidad*. Madrid, España: Ed. Urano.
- Urra, J. (2002). *Tratado de Psicología Forense*. Madrid España: Ed. Siglo XXI.
- Vaca Cortes, J., y Dzib Aguilar, P. (2012). *La máscara del asesino*. Yucatán, México: Ediciones de la Universidad Autónoma de Yucatán.

Vallejo Castro, R., y Jacobo Jacobo M. (2014). *Del deseo al acto: El parricidio desde la teoría de las relaciones objetales*. (Tesis de pregrado). Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México.

Vallejo Castro, R. (2012). *Una mirada analítica a la relación filicidio-parricida*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Querétano, México.

Vázquez Barbosa, S. (2012). Trastornos de la personalidad y conducta delictiva (DT. N° 2012-007). Recuperado del sitio de internet del Instituto Universitario de Investigación sobre Seguridad: http://www.iuisi.es/15_boletines/15_isie/doc_ise_07_2012.pdf

Vázquez Roca, A. (2014). *Criminales por sentimientos de culpabilidad*. (Tesis doctoral). Universidad Andrés Bello, Chile.

Wiese, R. (2008). *Jóvenes que cometieron delitos severos*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional de la Plata, Argentina.

Zabalegui Rodríguez, L. (1997). ¿Por qué me culpabilizo tanto?. *Miscelánea Comillas*, 13(2), 1-27.

Zeballos, A., Morales, M., y Cohayla, I. (1992). *El método de estudio psicopatológico integral* (1ª ed.). Lima, Perú: Ed. Cedeis.

ANEXOS

- Inventario Clínico Multiaxial Millon III (MCMI-III)
- Escala para medir el Sentimientos de Culpa SC-35

CUESTIONARIO

Grado de instrucción: _____ **Edad:** _____

Estado civil: Soltera () Casada () Conviviente () Viuda ()

Situación jurídica: Sentenciada () Procesada () Situación económica: Media () Baja ()

Ocupación: Ama de casa () Comerciante () Obrera () Empleada () Estudiante ()

Víctima: Hijo () Pareja () Pariente () Causa de muerte: Envenenamiento () Arma blanca ()

Asfixia () Impacto proyectil ()

Consumo de sustancias: Ninguna () Alcohol y drogas ()

Nº	CUESTIONARIO	V	F
1	Últimamente parece como si se me escapara la energía, aun por la mañana.		
2	Pienso que las reglas son muy importantes porque son una buena guía a seguir.		
3	Disfruto de hacer tantas cosas diferentes que no puedo decidir cuál hacer primero.		
4	La mayor parte del tiempo me siento débil y cansado.		
5	Sé que soy una persona superior, de manera que no me importa lo que otros piensen.		
6	La gente nunca me ha dado suficiente reconocimiento por las cosas que he hecho.		
7	Si mi familia me presiona, tiendo a enojarme y resistir a hacer lo que ellos quieren.		
8	La gente se burla de mí a mis espaldas, hablando de mi comportamiento o de mi apariencia.		
9	Frecuentemente critico mucho a la gente que me irrita.		
10	Los pocos sentimientos que pueda tener, raramente los muestro al mundo exterior.		
11	Tengo dificultad para mantener el equilibrio al caminar		
12	Yo demuestro mis sentimientos en forma fácil y rápida		
13	Mi hábito de drogas frecuentemente me ha metido en problemas graves en el pasado.		
14	A veces puedo ser muy rudo y cruel en las relaciones con mi familia.		
15	Las cosas que van bien hoy no durarán por mucho tiempo.		
16	Soy una persona muy complaciente y sumisa.		
17	Cuando era adolescente me metí en muchos problemas por mala conducta en la escuela.		

18	Tengo miedo de hacerme muy amigo de otra persona porque puedo terminar siendo ridiculizado o avergonzado.		
19	Pareciera que siempre elijo amigos que terminan maltratándome.		
20	He tenido pensamientos tristes durante gran parte de mi vida, desde que era niño.		
21	Me gusta coquetear (flirtear) con miembros del sexo opuesto.		
22	Soy una persona muy errática, que cambia de opinión y sentimientos todo el tiempo.		
23	Beber alcohol nunca me ha causado problemas serios en mi trabajo.		
24	Hace algunos años empecé a sentirme un fracasado.		
25	Casi siempre me siento culpable y no sé por qué razón.		
26	Otras personas envidian mis habilidades.		
27	Cuando tengo la opción, prefiero hacer las cosas sólo.		
28	Pienso que es necesario imponer normas estrictas de conducta a los miembros de mi familia.		
29	Generalmente la gente me ve como una persona reservada y muy seria.		
30	Últimamente he empezado a sentir deseos de destruir cosas.		
31	Creo que soy una persona especial y merezco que los demás me presten una particular atención.		
32	Siempre estoy tratando de hacer nuevas amistades y conocer gente nueva.		
33	Si alguien me criticara por cometer un error, inmediatamente señalaría algunos errores de esa persona.		
34	Últimamente me he desanimado muchísimo.		
35	A menudo dejo de hacer las cosas porque temo que no las haré bien.		
36	A menudo exteriorizo mis sentimientos de enojo y luego me siento terriblemente culpable por ello.		
37	Muy a menudo pierdo la sensibilidad en partes del cuerpo.		
38	Yo hago lo que quiero sin preocuparme del efecto que esto pueda tener en otros.		
39	El usar lo que se conoce como "drogas ilegales" puede no ser lo mejor, pero en el pasado sentí que las necesitaba.		
40	Supongo que soy una persona temerosa e inhibida.		
41	He hecho muchas cosas estúpidas impulsivamente, que terminaron causándome grandes problemas.		

42	Nunca perdono un insulto ni olvido cuando alguien me ha hecho pasar vergüenza.		
43	A menudo me siento triste o tenso inmediatamente después que me ha sucedido algo bueno.		
44	Ahora me siento terriblemente deprimido y triste la mayor parte del tiempo.		
45	Siempre trato de complacer a otras personas, aun cuando no me caen bien.		
46	Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de las personas.		
47	Siempre tiendo a culparme a mí mismo cuando las cosas salen mal.		
48	Hace mucho tiempo decidí que es mejor no tener mucho que ver con la gente.		
49	Desde que era niño he tenido que cuidarme de la gente que trataba de engañarme.		
50	Siento mucho rencor hacia la "gente importante" que siempre cree poder hacer las cosas mejor que yo.		
51	Cuando las cosas se ponen aburridas, me gusta agregarles un poco de emoción.		
52	Tengo un problema con el alcohol que me ha causado problemas a mí y a mi familia.		
53	El castigo nunca me detuvo de hacer lo que yo quería.		
54	Hay muchas ocasiones en que, sin razón alguna, me siento muy alegre y lleno de entusiasmo.		
55	En las últimas semanas me he sentido muy cansado sin ninguna razón en especial.		
56	Desde hace algún tiempo me he estado sintiendo muy culpable porque ya no puedo hacer las cosas bien.		
57	Creo que soy una persona muy sociable y amistosa.		
58	Me he vuelto muy nervioso en las últimas semanas.		
59	Siempre llevo cuenta detallada de mi dinero, así estoy preparado en caso de que surja alguna necesidad.		
60	Simplemente no he tenido la suerte de esta vida que otros han tenido.		
61	Hay ideas que me dan vueltas y vueltas en la mente y no se alejan.		
62	Desde hace uno o dos años me he vuelto bastante triste y decepcionado de la vida.		
63	Mucha gente ha estado espiando mi vida privada por años.		
64	No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles sólo para hacer a otros infelices.		
65	El año pasado crucé el Atlántico en avión treinta veces.		

66	Mi hábito de abusar de las drogas me ha causado faltar al trabajo en el pasado.		
67	Tengo muchas ideas que son muy avanzadas para estos tiempos.		
68	Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin razón alguna.		
69	Yo evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente me va a criticar o rechazar.		
70	Con frecuencia creo que no merezco las cosas buenas que me pasan.		
71	Cuando estoy solo, a menudo siento la presencia fuerte y cercana de alguien que no se puede ver.		
72	Siento que no tengo metas y no sé hacia dónde voy en la vida.		
73	A menudo permito que otros tomen decisiones importantes por mí.		
74	Parece como si no durmiera, y me despierto tan cansado como cuando me acosté.		
75	Últimamente he estado sudando mucho y me siento muy tenso.		
76	Continúo teniendo pensamientos extraños que desearía poder eliminar.		
77	Me cuesta mucho esfuerzo tratar de controlar el impulso de beber en exceso.		
78	Aun cuando estoy despierto, no parezco darme cuenta de la gente que está cerca de mí.		
79	A menudo estoy malhumorado y gruñón.		
80	Para mí es muy fácil hacer muchas amistades.		
81	Estoy avergonzado de algunos de los abusos que sufrí cuando era joven.		
82	Siempre me aseguro que mi trabajo esté bien planificado y organizado.		
83	Mi estado de ánimo cambia drásticamente de un día para otro.		
84	Me siento demasiado inseguro de mí mismo como para arriesgarme a intentar algo nuevo.		
85	Yo no culpo a nadie que se aproveche de alguien que se lo permita.		
86	Ya hace tiempo que me siento triste y decaído y no puedo reanimarme.		
87	A menudo me enojo con la gente que hace las cosas lentamente.		
88	Yo nunca permanezco callado y desapercibido cuando estoy en una fiesta.		
89	Yo observo muy de cerca de mi familia, para saber en quién se puede confiar y en quién no.		

90	A veces me siento confuso y molesto cuando la gente es amable conmigo.		
91	Mi uso de lo que llaman "drogas ilegales" ha causado altercados en la familia.		
92	Casi siempre estoy solo y prefiero que sea así.		
93	Hay miembros de mi familia que dicen que soy egoísta y que pienso sólo en mí mismo.		
94	La gente puede hacerme cambiar de opinión fácilmente, aun cuando yo creía haberme decidido al respecto.		
95	A menudo irrito a la gente cuando les doy órdenes.		
96	La gente ha dicho en el pasado que me había vuelto demasiado interesado y excesivamente entusiasmado por demasiadas cosas.		
97	Yo creo en el dicho "Al que madruga Dios le ayuda".		
98	Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida muchas veces oscilan entre el amor y el odio.		
99	Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y cohibido.		
100	Supongo que soy diferente de mis padres, en el hecho de que me estoy convirtiendo en algo así como un alcohólico.		
101	Supongo que no tomo muchas responsabilidades de mi familia con la seriedad que debería hacerlo.		
102	Desde que era niño he estado perdiendo el contacto con el mundo real.		
103	Hay gente aprovechadora que a menudo trata de recibir reconocimiento por cosas que yo he hecho o pensado.		
104	No puedo sentir mucho placer porque no siento que lo merezca.		
105	Tengo deseos de tener amistades íntimas.		
106	En mi vida he tenido muchos periodos en los que he estado tan animado, y en los que he usado tanta energía, que después caía en un estado de desánimo.		
107	He perdido el apetito completamente y tengo problemas en dormir casi todas las noches.		
108	Me preocupa mucho acerca de quedarme solo y tener que cuidarme a mí mismo.		
109	El recuerdo de una experiencia muy desagradable en el pasado me viene continuamente a la mente y perturba mis pensamientos.		
110	Estuve en la portada de varias revistas el año pasado.		
111	Al parecer he perdido interés en la mayoría de las cosas que antes encontraba placenteras, tales como el sexo.		
112	Siempre he estado deprimido, triste durante gran parte de la vida, desde muy joven.		

113	Me he metido en problemas con la ley un par de veces.		
114	Un buen método para evitar errores es tener una rutina para hacer las cosas.		
115	A menudo otras personas me culpan de cosas que no hice.		
116	He tenido que ser muy duro con algunas personas para mantenerlas en línea.		
117	La gente piensa que a veces yo hablo de cosas extrañas y diferentes.		
118	Ha habido ocasiones en que no he podido pasar el día sin usar drogas, de las que se consiguen en la calle.		
119	La gente está tratando de hacerme creer que estoy loco.		
120	Yo haría algo desesperado para evitar que la persona que amo me abandone.		
121	Tengo ataques incontrolables de hambre en los que como muchísimo un par de veces en la semana.		
122	Parece que echo a perder las oportunidades que se me presentan.		
123	Siempre he tenido grandes dificultades para dejar de sentirme triste e infeliz.		
124	Cuando estoy solo y lejos del hogar, a menudo empiezo a sentirme tenso y con pánico.		
125	A veces la gente se molesta conmigo porque dicen que hablo mucho y demasiado rápido para ellos.		
126	La mayoría de la gente exitosa de hoy ha tenido suerte o ha sido deshonesto.		
127	No me involucro con otras personas a no ser que esté seguro de que les voy a gustar.		
128	Me siento profundamente deprimido y no comprendo por qué razón.		
129	Después de muchos años, todavía tengo pesadillas de algo que puso mi vida en un peligro real.		
130	Ya no tengo la energía para concentrarme en mis responsabilidades diarias.		
131	Beber alcohol me ayuda cuando me siento triste.		
132	Odio pensar en las formas en que fui abusado en mi niñez.		
133	Aun cuando las cosas andan bien, siempre he temido que pronto van a ir mal.		
134	Algunas veces, cuando las cosas empiezan a torcerse en mi vida, me siento como si estuviera loco o fuera de la realidad.		
135	Estar solo, sin la ayuda de alguien cercano en quien depender, realmente me asusta.		
136	Sé que he gastado más dinero de lo que debería, comprando drogas ilegales.		

137	Siempre me aseguro de terminar mi trabajo antes de tomar tiempo para mis actividades recreativas.		
138	Puedo ver que la gente habla de mí cuando paso al lado de ellos.		
139	Soy muy bueno para inventar excusas cuando me meto en problemas.		
140	Creo que están tramando algo contra mí.		
141	Siento que la mayoría de la gente tiene una mala opinión de mí.		
142	Frecuentemente siento que no hay nada dentro de mí, como si estuviera vacío o hueco.		
143	A veces me induzco el vómito después de comer.		
144	Creo que me esmero excesivamente en animar a la gente a que admire lo que digo o hago.		
145	Me paso la vida preocupándome de una cosa o de otra.		
146	Siempre me pregunto cuál es la razón real de que alguien sea especialmente agradable conmigo.		
147	Hay ciertos pensamientos que se me vienen a la mente una y otra vez.		
148	Pocas cosas en la vida me dan placer.		
149	Me siento asustado y tengo dificultades para dormir porque algunos recuerdos dolorosos del pasado siguen dando vueltas en mi mente.		
150	Al comienzo de cada día, pensar en el futuro me deprime terriblemente.		
151	Nunca he podido quitarme de encima el sentimiento de que no valgo nada para los demás.		
152	Tengo problemas con el alcohol y he tratado de solucionarlo pero sin éxito.		
153	Alguien ha estado tratando de controlar mi mente.		
154	He tratado de suicidarme.		
155	Estoy dispuesto a pasar mucha hambre para ser aún más delgado de lo que soy.		
156	No entiendo por qué algunas personas me sonríen.		
157	No he visto un automóvil en los últimos diez años.		
158	Me pongo muy tenso con las personas que no conozco bien, porque es posible que quieran dañarme.		
159	Alguien tiene que ser muy excepcional para entender mis habilidades especiales.		
160	Mi vida actual todavía está afectada por recuerdos repentinos de algo terrible que me sucedió.		
161	Parece que yo creo situaciones con otros que me hieren o me siento rechazado.		
162	A menudo me pierdo en mis pensamientos y me olvido de lo que está sucediendo a mí alrededor.		

163	La gente dice que soy delgado, pero siento que mis muslos y trasero son demasiado grandes.		
164	Hay situaciones terribles de mi pasado que se me vienen a la mente repetidamente y perturban mis pensamientos y sueños.		
165	Aparte de mi familia, no tengo amistades íntimas.		
166	Actúo muy rápido la mayoría de las veces y no pienso bien las cosas como debería hacerlo.		
167	Me preocupo bastante en mantener mi vida como un asunto privado, para que nadie pueda aprovecharse de mí.		
168	A menudo oigo cosas tan bien que me molesta.		
169	En un desacuerdo, siempre estoy dispuesto a ceder ante los demás porque temo que se enojen o me rechacen.		
170	Yo hago ciertas cosas una y otra vez, a veces para reducir mi ansiedad y otras veces para evitar que algo malo me suceda.		
171	Recientemente he considerado seriamente terminar mi vida.		
172	La gente me dice que soy una persona muy correcta y moral.		
173	Aún me siento aterrorizado cuando pienso en una experiencia traumática que tuve años atrás.		
174	Aunque me da miedo establecer nuevas amistades, me gustaría tener más de las que tengo.		
175	Hay gente que se supone que son mis amigos, pero a quienes les gustaría hacerme daño.		

ESCALA (SC-35)

Grado de Instrucción: _____ **Edad:** _____

Criterios para el llenado de la escala:

TF : Totalmente falso **MBF** : Más falso que verdadero
TV : Totalmente verdadero **MBV** : Más verdadero que falso

		TF	MBF	MBV	TV
1	No me preocupa nada de lo que otras personas pueden pensar (Por ejemplo vecinos o padres)				
2	En ocasiones de gran felicidad, me asalta la duda de estar gozando de algo que no merezco				
3	No merezco tener gente que me quiera				
4	Cuando cometo algún error, por pequeño que sea, lo paso muy mal.				
5	Cuando me acusan injustamente, me sigue atormentando la duda de que quizás tengan razón				
6	Me sentiría feliz si pudiera arreglar de alguna manera el mal que he hecho				
7	A lo largo de mi vida he tenido muchas meteduras de pata que me pesan lo increíble				
8	Cuando me dicen que un superior quiere hablar conmigo, me siento mal y comienzo a temer haber hecho algo mal.				
9	Hay cosas en mi pasado de las que no quiero ni acordarme.				
10	A veces me quedo perplejo viendo cómo la gente es tan inconsciente de sus acciones, siendo así que yo me preocupo de continuar con las mías				
11	No sé por qué , pero el sexo sigue siendo para mí algo no limpio				
12	Cuando tengo que recibir cuidados de otras personas, me siento culpable				
13	Cuando pierdo algo, pienso “Ya habré cometido otro error”				
14	Tengo la sensación de estropear todo aquello que toco				
15	Cuando no me doy a conocer como realmente soy, me queda la sensación de haber engañado a los demás.				
16	Me muero de vergüenza por estar encarcelado				
17	Hay acciones que me dejan manchado por mucho tiempo				
18	No es extraño que mis amigos me olviden				
19	La causa de mis fracasos está en mí mismo				

Criterios para el llenado de la escala:

TF : Totalmente falso MBF : Más falso que verdadero
TV : Totalmente verdadero MBV : Más verdadero que falso

		TF	MBF	MBV	TV
20	Cuando noto que un amigo me habla con frialdad, empiezo a pensar ¿Qué le habré podido hacer yo?				
21	Si pudiera limpiarme de toda culpa, me quitaría un peso de encima				
22	La mayor felicidad es comportarse correctamente				
23	A veces me siento culpable por acontecimientos o desgracias en los que objetivamente no estoy implicado				
24	Echo de menos la inocencia que tenía cuando era niño				
25	Hay muchas cosas que la gente piensa que está bien, pero yo siento en mi interior que conmigo no va				
26	Temo que me ocurran desgracias, aunque no he hecho nada malo				
27	En alguna ocasión me han venido ganas de escupirme cuando me miraba en el espejo				
28	Cuando tengo éxito en algo, me queda la sospecha de no merecerlo				
29	Siento un peso cuando me pongo a pensar en mi padre				
30	Comprendo y justifico fácilmente a los demás, sin embargo a mí mismo no me perdono ninguna				
31	No me siento peor que la mayoría de personas				
32	Cada vez que me sale algo mal, pienso que cada uno recibe lo que merece				
33	Es imperdonable por mi parte no corresponder a aquellos que me quieren				
34	A veces he sentido asco de mí mismo				
35	Hay pensamientos y deseos que te infectan como si fueran un foco de suciedad				

CASOS CLÍNICOS

CASO N° 1

Presentado por: Valdivia Canales,
Silvianita Elizabeth.

ANAMNESIS

I. Datos de Filiación:

Nombres y Apellidos	:	Marcel C.P.
Fecha de Nacimiento	:	22/09/1985
Edad	:	30 años
Sexo	:	Femenino
Lugar de Nacimiento	:	Cusco
Procedencia	:	Arequipa
Grado de instrucción	:	2do de secundaria
Estado Civil	:	Casada
Ocupación	:	Empleada del hogar
Religión	:	Católica
Informante	:	La paciente
Lugar de Evaluación	:	E.P. Mujeres Arequipa
Fechas de evaluación	:	03/08/2015 - 04/08/2015
Examinador	:	Elizabeth Valdivia Canales
		Bachiller en Psicología

II. Motivo de Consulta:

La paciente acude a consulta para solicitar apoyo psicológico, refiere “necesito ayuda, me siento muy triste y frecuentemente tengo ganas de llorar”.

III. Historia de la enfermedad o problema actual:

La historia de su problema actual empieza hace nueve meses, donde es recluida por el delito contra la vida, el cuerpo y la salud – Parricidio, en agravio de su hijo; este suceso ha generado en ella arrepentimiento, tristeza; así como angustia y temor por la situación de sus otros hijos, asociado a ideas de culpa; manifiesta tener dificultad en conciliar el sueño, asimismo se despierta intempestivamente ya que sueña con su hijo fallecido, su apetito ha disminuido. Además no tiene ganas de realizar actividades, ya que se siente cansada y sin ánimo, tiene ideas suicidas recurrentes, se distrae y en muchas ocasiones se queda mirando un punto fijo, casi siempre está llorando y se aísla.

También se siente ajena al ambiente penitenciario, refiere: “las demás internas son personas mal intencionadas, mal habladas, violentas; buscan tener el dominio sobre las demás, asustándolas. Es una convivencia tormentosa”. Por lo cual se distancia, generándole, ansiedad, incomodidad y malestar, ya que prefiere no enfrentarse a ninguna de ellas por temor de ser castigada y que esto afecte su expediente. La intensidad de los síntomas aumenta cuando recibe visitas de vecinas y le comentan sobre el estado de sus hijos, así como cuando conversa con los menores,

Su forma de inicio es brusco, de curso progresivo, con tendencia a la cronicidad y a reagudizaciones esporádicas.

IV. Antecedentes personales:

- **Etapa prenatal:**

La paciente recuerda que su madre varias veces comentó sobre su embarazo indicando que tuvo una gestación en condiciones normales y dentro de lo esperado, teniendo adecuados cuidados, condiciones nutritivas, emocionales y ambientales.

- **Embarazo o gestación:**

El embarazo fue deseado y planificado por ambos padres, no hubo complicaciones ni amenazas de aborto, la predisposición como la salud física y mental de ambos progenitores fueron óptimas

- **Etapas Natal:**

La paciente tuvo un parto natural, sin complicaciones ni uso de instrumentos auxiliares que faciliten la labor de parto, los dolores propios del proceso previo tuvieron una intensidad moderada y todo estuvo dentro de lo esperado, naciendo en el Hospital Antonio Lorena de Cusco.

- **Etapas Post Natal:**

El cuanto al inicio del lenguaje, primeros pasos, controlar esfínteres refiere no tener referencia alguna, su lactancia la realizo hasta los dos años aproximadamente. Ha sido una niña alegre, feliz, juguetona, siempre obedecía a sus padres ya que recibía paciencia y amor.

- **Etapas Pre Escolar y Escolar:**

La paciente asistió al jardín a los 5 años, al principio era tímida pero poco a poco fue integrándose al grupo, y le comenzó a gustar, sentía emoción en aprender, cuando tenía 6 años ingresa a primaria a una escuela nacional, era tímida y reservada, le agradaba ir a clases, no le gustaba relacionarse con todos, era de pocas amigas, en cuanto al área académica era una alumna promedio, sus notas oscilaban entre trece y quince, con mayor gusto por las matemáticas, en cuanto a actividades del colegio prefería no involucrarse porque le demandaba tiempo y tenía que hacer las tareas académicas y ayudar en los quehaceres de su casa, al entrar a secundaria sigue siendo reservada y tímida, con pocas amigas, tuvo que dejar el colegio al entrar al segundo año de educación secundaria por problemas económicos; la menor tuvo que dejar el colegio para apoyar a sus padres en la chacra y no pudo reanudar sus estudio, lo que le género sentimientos de tristeza y frustración.

- **Desarrollo y función sexual:**

La paciente es un poco reservada hacia este tema, sus padres no le brindaron la información necesaria, los conocimientos acerca de los cambios fisiológicos que presentó su cuerpo, los adquiere de su hermana, asimismo su menarquia se presentó a los catorce años; lo aceptó como un proceso de crecimiento que se da en toda mujer.

En cuanto a las relaciones afectivas, la paciente no sentía curiosidad por el sexo opuesto, le era indiferente, así mismo menciona que no tuvo conocimientos sobre el sexo; resultándole incómodo hablar de ese tema. Su primera relación sexual y afectiva se da a los dieciocho años teniendo una experiencia agradable y un recuerdo grato. Asimismo su primera y única relación de pareja fue con el padre de sus hijos, aunque al inicio ella no estaba enamorada.

En los primeros meses de su vida matrimonial los momentos íntimos eran agradables, después del año de casados todo comenzó a cambiar, el esposo se volvió más dominante y las relaciones sexuales fueron por deber, el esposo no supo provocar su deseo sexual y rara vez sintió satisfacción con el acto sexual. Del matrimonio tuvo tres hijos varones de nueve, ocho y tres años de edad, la vida familiar en los dos primeros años fueron llevaderos, después de ese tiempo comenzó la violencia y el maltrato físico y psicológico del padre hacia la madre, por lo que se crea un ambiente de temor y frustraciones, provocando la separación de los padres y posteriormente el episodio parricida.

- **Historia de la recreación y de la vida:**

La señora Marcel fue una niña alegre, le gustaba jugar en el campo con su hermana mayor y luego con la menor, manifiesta haber tenido vivencias agradables y felices bonitas mientras vivía junto a su familia en la casa de sus padres en Cuzco. La paciente siempre asumió un rol pasivo en el momento del juego, las que ordenaban u organizaban los juegos eran las hermanas o compañeras en el colegio.

Cuando trabajaba como empleada de hogar en Arequipa aprende a jugar vóley y esa era su diversión los domingos, al casarse seguía jugando esporádicamente con sus vecinas pero por la necesidad de trabajar y atender a sus hijos pequeños deja ese deporte.

- **Relaciones sociales:**

La paciente no gozó de adecuadas relaciones sociales, su introversión la limitó y sólo sociabilizaba con sus hermanas, y algunas compañeras en el colegio. Se caracterizó por ser calmada y reservada con su vida personal, no obstante gozó de pocas amistades.

- **Actividad laboral:**

Los padres de la interna pertenecen a un nivel social bajo, vivió en mucha precariedad ambos padres trabajaban como agricultores y sólo cubrían la alimentación y algo de vestimenta de la Sra Marcel mientras vivió con ellos.

A los 13 años viaja a Arequipa para trabajar como empleada en una casa donde le daban buen trato y cubrían sus necesidades, sin embargo no recibía sueldo y por conversaciones con otras empleadas del lugar se mostró disconforme y renunció, los dueños de casa llamaron a los padres de la interna y se la llevaron de esa casa a los diecisiete años, luego busca otro empleo y es aquí donde la maltratan verbalmente y no le dan el trato que ella esperaba renunciando al mes, posteriormente contrae matrimonio y después de varios suplicios trabaja en un comedor popular, y posteriormente como lavandera en su domicilio. En la actualidad en el penal la interna hace trabajos de costura que le sirve para pagar la ley laboral.

- **Historia militar:**

No refiere haber participado de la misma.

- **Religión:**

La interna profesa la religión católica, con una concurrencia esporádica antes de su ingreso al penal y con mayor dedicación actualmente.

- **Hábitos e influencias nocivas o tóxicas:**

La interna refiere no alimentarse adecuadamente, a las horas de alimentación la Sra. Marcel refiere recordar a sus hijos y pensar que quizás ellos no tengan que comer y eso le impide la ingesta, comiendo muy poco. A lo largo de su vida no ha consumido alcohol ni cigarrillos, mucho menos droga alguna.

- **Antecedentes mórbidos:**

Enfermedades y accidentes

La paciente no sufrió accidentes u operaciones, y en las veces que su conviviente la maltrató físicamente no hubo lesiones graves, sin embargo ha sido internada

por lavado gástrico debido a la ingesta de veneno atentando contra su vida en el evento parricida.

Personalidad pre-mórbida

La paciente desde niña se caracterizó por ser: juguetona, obediente, tranquila, prefería cooperar en los quehaceres de la casa, así mismo le gustaba compartir con sus hermanas y compañeras, se preocupaba por ellos; mientras en sus relaciones interpersonales se mostraba tímida, tranquila, responsable, reservada, con limitado contacto social.

Actualmente la paciente después del evento parricida y en consecuencia su reclusión en el penal de mujeres, muestra disminución de su motivación con sentimientos de tristeza, culpabilidad, pesimismo así como angustia asociando una perspectiva sin esperanzas y a la disminución del apetito, alteración del sueño, por consecuencia baja de peso, poco contacto social, retraída.

V. Antecedentes familiares

• Composición familiar:

La señora Marcel fue la segunda de tres hermanas, vivió con padre y madre en la ciudad de Cuzco hasta los 13 años de edad.

A los 18 años se casa con el que fue el padre de sus hijos, diez años mayor que ella, de este matrimonio nacen tres hijos varones de nueve, ocho y tres años. La interna se separa de su esposo a los diez años de matrimonio y vive alquilada en una habitación sola con sus tres hijos.

• Dinámica familiar:

Su dinamica familiar al principio del matrimonio fue cordial entre los esposos, luego por causa de la falta del dinero y abuso del alcohol por parte del esposo, existió violencia física y psicológica, lo que genero miedo y rabia a la interna y a sus hijos, a los diez años de casados la Sra Marcel abandona el hogar y vive con sus hijos en otro lugar teniendo momentos gratos, de más tranquilidad, sin embargo el dinero siempre hizo falta por lo que también hubieron momentos de mucha presión

económica ante la falta del alimento de los menores y las medicinas y el padre no aportaba nada para sus hijos.

- **Condición socioeconómica:**

La familia pertenece a un nivel social bajo, vivió en mucha precariedad ambos padres trabajaban como agricultores y sólo cubrían la alimentación y algo de vestimenta.

Luego mientras trabajaba como empleada en Arequipa, no tuvo ninguna comodidad porque en el primer trabajo la trataban bien pero no recibía sueldo alguno y en su segundo trabajo sólo recibió un sueldo ya que renunció por maltratos verbales.

En su vida como casada también tuvo un nivel social bajo, el esposo ganaba poco y en ocasiones su sueldo se lo gastaba en alcohol, por lo que siempre faltaba para cubrir los gastos.

Al abandonar el hogar y llevarse a sus hijos la interna siguió viviendo en precariedad porque trabajaba esporádicamente lavando ropa y en un comedor popular, en la actualidad en el penal la interna hace trabajos de costura que le sirve para pagar la ley laboral y enviar algo de dinero a sus hijos.

- **Antecedentes patológicos familiares:**

No existe evidencia o recuerdo de antecedentes patológicos significativos en su familia, ni de episodios de melancolía frente a situaciones adversas.

VI. Resumen

Paciente casada de 30 años con segundo de secundaria, segunda de tres hijos, procedente de Cusco, católica, nacida de parto natural a los nueve meses; en la niñez fue una niña feliz, obediente; le gustaba ir al colegio, donde tuvo un desempeño promedio, le gustaban las matemáticas, caracterizándose por ser aplicada y responsable. En sus relaciones interpersonales, es tímida, reservada, de pocas amigas; no tiene muchas actividades recreativas porque tiene que ayudar en casa.

Los conocimientos previos por los cambios fisiológicos los adquiere de su hermana, no tuvo interés por el sexo opuesto, deja los estudios por problemas económicos, su primera relación afectiva la tiene con el padre de sus hijos y su primera relación sexual se da a los dieciocho años, no estando enamorada, teniendo una experiencia agradable.

Al casarse su familia la conformaron su esposo y tres hijos, la Sra Marcel contrajo matrimonio coaccionada por el tío paterno quien interpretó mal una amistad; al inicio en

su matrimonio tiene agradables momentos, generando sentimientos hacia el esposo, sin embargo la relación comienza a deteriorarse a los dos años, por problemas económicos y abuso de alcohol de parte del esposo, quien poco a poco comenzó con maltrato psicológico y luego físico; la interna quiso denunciar a su cónyuge pero en la comisaria no le aceptaron la denuncia por lo que decide llevarse a sus hijos y abandonar el hogar, alquila una habitación, trabaja ocasionalmente lavando ropa y en un comedor popular sosteniendo precariamente así a sus hijos. Su desesperación aumenta cuando se enferma el menor de sus hijos y no le alcanza el dinero para la alimentación y la medicina y en un episodio de llanto de los menores recurre a la ingesta de leche con el polvo de veneno de ratas, cuando ve que sus hijos se retorcían de dolor se arrepiente y pide ayuda, despertando en la posta y resultando muerto el menor de sus hijos, por lo que es recluida en el Centro penitenciario de mujeres por el delito de parricidio.

Voluntariamente solicita ayuda ya que continuamente está angustiada, triste y llorando, existe baja de apetito, disminución de peso, dificultades en conciliar el sueño. Además el ambiente en el que está recluida le genera ansiedad, incomodidad, lo que la lleva a aislarse, sólo participa de los eventos religiosos y trabaja para pagar su ley laboral.

Elizabeth Valdivia Canales
Bachiller en Psicología

EXAMEN MENTAL

I. Datos de Filiación:

Nombres y Apellidos	:	Marcel C.P.
Fecha de Nacimiento	:	22/09/1985
Edad	:	30 años
Sexo	:	Femenino
Lugar de Nacimiento	:	Cusco
Procedencia	:	Arequipa
Grado de instrucción	:	2do de secundaria
Estado Civil	:	Casada
Ocupación	:	Empleada del hogar
Religión	:	Católica
Informante	:	La paciente
Lugar de Evaluación	:	E.P. Mujeres Arequipa
Fechas de evaluación	:	05/08/2015
Examinador	:	Elizabeth Valdivia Canales
		Bachiller en Psicología

1.- Actitud, porte y comportamiento

Paciente que aparenta la edad referida, de contextura gruesa, con una estatura aproximada de 1.63 cm., rostro redondo, de tez clara, ojos grandes de color café, con presentación de ojeras, nariz proporcional al rostro, de cabello corto, lacio y negro. Su arreglo, vestimenta y aseo personal son adecuados. Su expresión facial es de tristeza, con tono de voz bajo, establece contacto visual; postura encorvada, de

equilibrio, coordinación corporal adecuados mas durante su marcha el ritmo y sincronía son ligeramente lentos. Colabora durante la entrevista con cierta timidez y reserva.

2.- Atención Conciencia y orientación

a) Atención: La paciente mostró la capacidad de centrar su atención en todo momento de la evaluación, respondió en forma adecuada y acertada a las preguntas y repreguntas planteadas.

b) Conciencia: La paciente está consciente de su situación actual así como de sus fortalezas y debilidades para afrontar la misma.

c) Orientación: se encuentra bien orientada en tiempo, espacio y lugar, respondió en forma adecuada a las preguntas que se le realizaron al evaluar este campo.

3.- Lenguaje

La evaluada hace un uso óptimo del lenguaje tanto en curso como en contenido. La velocidad del mismo es adecuada, con determinadas pausas en momentos de llanto.

4.- Pensamiento

La señora Marcel tiene un pensamiento adaptado a la realidad que vive, sus ideas son claras y coherentes. Sin embargo las mismas giran sólo en torno a su sufrimiento. Sin encontrar mayor alteración en ésta área,

5. Memoria

La interna presenta una memoria adecuada, respondió correctamente a las preguntas planteadas tanto en la memoria remota , donde fue capaz de recordar hechos generales como específicos, en cuanto a su memoria reciente no se percibe alteración.

6. Funciones intelectuales

La señora Marcel es capaz de concentrarse, atender tanto a quien la evalua como a los estímulos presentados y ejercicios planteados, así mismo escribe adecuadamente.

8. Afectividad y estado de ánimo

La interna evidencia congruencia en lo que expresa y se observa; su expresión facial denota abatimiento con manifestación de angustia, sentimientos de tristeza, culpa,

desesperanza frente a preguntas específicas; su tono y volumen de voz, tiende a ser lento, y por momentos quejumbroso cuando no puede controlar su llanto.

9. Comprensión y grado de incapacidad de la Enfermedad

La señora Marcel manifiesta comprensión de su enfermedad mas no evidencia conciencia.

II. RESUMEN:

Interna de 30 años, aparenta su edad cronológica; de postura encorvada, ante la entrevista se mostró colaboradora; por momentos se desconcentraba y presentaba ligera dificultad para concentrarse, orientada sin alteraciones perceptivas. En cuanto a sus procesos mnésicos su memoria remota se encuentra conservada, su memoria reciente presenta dificultades para adquirir información. Su pensamiento en cuanto a forma coherente y organizado, en cuanto a contenido manifiesta ideas de culpa, desesperanza, incertidumbre e ideación de daño; asimismo un lenguaje donde su articulación es clara y entendible reflejándose en el orden y lógica, mas su afluencia es intermitente, reflejándose en el volumen y tono de voz; su función intelectual se encuentra dentro de los parámetros normales; su estado de ánimo presenta congruencia en lo que evidencia y expresa con manifestaciones de sentimientos de tristeza, culpabilidad asociado a angustia. Asimismo apatía reflejándose en la falta de interés en sus actividades.

En la presente evaluación, se observa que la interna se encuentra en un Estado Mental favorable conservando así, sus funciones cognitivas en un estado óptimo y sin perturbación o deterioro significativo, no obstante se encuentra sentimentalmente abatida por los sucesos desfavorables por los que ha pasado en su vida, encontramos un estado de ánimo depresivo, inclinación frecuente al llanto y una notoria sensibilidad.

Elizabeth Valdivia Canales
Bachiller en Psicología

INFORME PSICOMÉTRICO

I. Datos de Filiación:

Nombres y Apellidos	:	Marcel C.P.
Fecha de Nacimiento	:	Setiembre 22 de 1985
Edad	:	30 años
Sexo	:	Femenino
Lugar de Nacimiento	:	Cusco
Procedencia	:	Arequipa
Grado de instrucción	:	2do de secundaria
Estado Civil	:	Casada
Ocupación	:	Empleada del hogar
Religión	:	Católica
Informante	:	La paciente
Lugar de Evaluación	:	E.P. Mujeres Arequipa
Fechas de evaluación	:	06/08/2015 - 07/08/ 2015 y 10/08/2015
Examinador	:	Elizabeth Valdivia Canales

II. Observaciones generales de la conducta:

En el proceso de la evaluación psicométrica, la interna colaboró con todos los requerimientos necesarios para la ejecución de las pruebas.

Durante la ejecución de las pruebas, la interna se mostró tranquila, atenta, respetuosa y colaboradora según las indicaciones que se le dio, comprende las instrucciones y pregunta cuando tiene dudas, en algunas oportunidades la interna necesitó soporte psicológico, por lo que se tuvo que interrumpir y posponer la evaluación.

III. Instrumentos:

- ✚ Inventario Clínico Multiaxial de Millon – III
- ✚ Escala de Sentimientos de culpa (SC-35)
- ✚ Test de la Figura Humana de Karen Machover

IV. Resultado de las Pruebas:

a) Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III)

➤ Interpretación cuantitativa

Millon III - Resultados Mujeres	
Total sin contestar	0
Errores(doble marca)	0
	Puntajes Base Rate
V – Validity	0 = Valido
"X" Ajuste de Apertura	78
"Y" Deseabilidad	35
"Z" Alteración – Devaluación	78
Escalas Clínicas de los Patrones de Personalidad EJE-II	
1 Trastorno Esquizoide EZQ.	80
2A. Trastorno Evitativo EV	76
2B. Trastorno Depresivo DPS	102
3 Trastorno Dependiente DPD	86
6B Trastorno Sadista SAD	65
7 Trastorno Compulsivo OC	56
8A Trastorno Negativista NEG	60
8B Trastorno Masoquista MAS	91
Patología de Personalidad Severa EJE-II	
S Trastorno Esquizotípico EZT	85
C Trastorno Límite LIM	77
P Trastorno Paranoide	92
Escalas Síndromes Clínicas EJE-I.	
A-Ansiedad ANS	104
H-Somatomorfo SOM	60
N- Bipolar –Maníaco	72
D-Distimia DIS	79
B-Dependencia Alcohol OH	64
T-Dependencia Drogas DX	64
R-Trast EstrésPos TrumaTSPT	75

<i>Escalas Síndromes Clínicos EJE-I-Severos</i>	
SS Trast del Pensamiento	72
CC Depresión Mayor	88
PP Trastorno delirante	115

➤ Interpretación Cualitativa

Los resultados evidencian que el inventario Clínico Multiaxial ha sido respondido con sinceridad resultando consistente y válido. La puntuación en la escala de validez indica que la evaluada leyó, comprendió y entendió cada ítem del test; la escala de sinceridad y deseabilidad social están dentro de los límites aceptables. Se muestra un indicador elevado en Devaluación, lo que indica que la paciente tiende a despreciarse y devaluarse, presentando dificultades emocionales o personales.

En cuanto a los resultados la señora Marcel presenta elevados puntajes en la escala clínica de *Patrones clínicos de personalidad Depresiva*, seguido de la escala Masoquista y la escala **Dependiente.**, lo cual significa que la paciente es una persona triste, pesimista, falta de alegría, sin capacidad para experimentar placer y aparente retardo motor, ha habido una pérdida significativa, existe sensación de rendición y perdida de esperanza en la recuperación de la alegría. La personalidad depresiva experimenta dolor como algo permanente el placer ya no se considera posible, además ha aprendido que quien les lidera les ha de proteger carecen de Iniciativa y de autonomía. Se relaciona con los demás de una forma autosacrificada, estas personas permiten y quizás fomentan, que los demás les exploten o se aprovechen de ellos, incluso algunos afirman que merecen ser avergonzados y humillados. Para integrar su dolor y su angustia recuerdan activa y repetidamente sus percances pasados y transforman otras circunstancias afortunadas en resultados potencialmente más afortunados. Actúan de manera modesta e intentan pasar desapercibidos, frecuentemente intensifican su déficit y se sitúan en una plano inferior o posición despreciable.

Respecto a la Patología Severa de la Personalidad, presenta una puntuación elevada en **Paranoide**, esto quiere decir que muestra desconfianza, está vigilante respecto a los demás y actúa a la defensiva ante la decepción o las críticas, hay una áspera irritabilidad y una tendencia a la exasperación precipitada y colérica con los demás, frecuentemente expresa temor a la pérdida de independencia, lo

que la conduce a resistirse al control y las influencias externas. Los paranoides se distinguen por la inmutabilidad de sus sentimientos y la rigidez de sus pensamientos.

En los Síndromes Clínicos presenta un indicador elevado **Ansiedad**, evidenciando sintomatología de tensión, con sentimientos aprensivos o fóbicos, son típicamente indecisos e inquietos y tienden a quejarse de una gran variedad de malestares físicos, como, excesiva sudoración, dolores musculares indefinidos y náuseas, manifestando una incapacidad de relajación, movimientos nerviosos, rapidez para reaccionar y sorprenderse fácilmente. Los trastornos somáticos son característicos, también se muestran notablemente excitados y tienen un sentido aprensivo de la inminencia de problemas, una hipersensibilidad a cualquier ambiente, inquietud y susceptibilidad generalizada.

Finalmente en las Escalas Síndromes Clínicos Severos presenta una puntuación alta en **Trastorno delirante y Depresión Mayor**, a estas personas se les considera paranoides agudos y pueden volverse periódicamente conflictivos, expresando delirios irracionales, pero interconectados, de una naturaleza celosa, persecutoria y grandiosa. Los estados de ánimo son habitualmente hostiles y expresan sentimientos de ser acosados y maltratados, la paciente no puede funcionar en un ambiente normal, se deprime gravemente y expresa temor al futuro, tiene ideas suicidas y un sentimiento de resignación, se pasea continuamente lamentando su estado triste. Varios procesos somáticos la perturban con frecuencia durante este periodo, es notable su disminución de apetito, agotamiento, ganancia de peso, insomnio y despertar precoz. No se concentra, y tiene sentimientos de culpabilidad.

b Escala de Evaluación de Sentimientos de Culpa

➤ Análisis cualitativo:

- **Factor II Apreensión:** Es un sentimiento de desagrado que se siente hacia una persona específicamente por miedo a recibir algún daño, cualquier gesto provoca duda, miedo, inseguridad de

haber obrado mal, lo componen principalmente las frases 20, 5, 4,13, 8, 23 y 29.

En su evaluación de sentimientos de culpa tiene una calificación total de 104 evidenciando que se trata de una persona que tiende claramente a culpabilizarse más de lo normal o más de lo debido, y al haber sido la protagonista del episodio parricida en el que fallece el menor de sus hijos y deja sin protección a los otros dos menores, se agudiza el malestar.

El factor con mayor puntuación es Aprehensión, con 27 puntos, lo que indica que la evaluada tiene un sentimiento de desagrado según la evaluación hacia su esposo y padre de sus hijos específicamente por miedo a recibir algún daño, además cualquier gesto de esta persona provoca dudas, inestabilidad o malestar en la interna.

c. Test Proyectivo de la Figura Humana - Machover

➤ Análisis cualitativo:

La paciente evidencia que presenta rasgos de ansiedad, timidez, falta de autoconfianza, vacilación en la conducta, enfrentamiento con situaciones nuevas, presenta problemas en el ámbito sexual además de falta de manejo en las relaciones interpersonales por inseguridad y falta de confianza, se muestra evasiva a nuevas amistades y tiene deficiencias claras en la adaptación.

V. Resumen:

La interna es una persona introvertida, pasiva, se muestra insegura, dependiente, se relaciona con los demás de una manera autosacrificada, se somete a los deseos de otros, lo que le viene desde niña porque nunca refuto las ordenes, por lo mismo llega a casarse con alguien que no conocía y de quien no estaba enamorada, actualmente experimenta el dolor como algo permanente presentando tristeza, pesimismo, ansiedad, tensión, preocupación lo que hace ver su incapacidad de relajación y se evidencia en su falta de apetito y dificultades en

el sueño, culpabilizándose más de lo normal ya que expresa una pérdida de dignidad por su falta al cometer el parricidio que dio muerte a su menor hijo.

Muestra indicador elevado en Paranoide, evidenciando desconfianza respecto a los demás por miedo a sufrir algún daño, tiene una falta en el manejo de las relaciones interpersonales por lo que le es difícil integrarse al ambiente penitenciario, hay una áspera irritabilidad y una tendencia a la exasperación precipitada y colérica, lo que no pudo controlar y desencadenó el evento parricida. Finalmente presenta puntuación alta en Trastorno delirante y Depresión Mayor, a estas personas se les considera paranoides agudos y pueden volverse periódicamente conflictivos, la señora Marcel se deprime gravemente y expresa temor al futuro, tiene ideas suicidas y un sentimiento de resignación.

Elizabeth Valdivia Canales
Bachiller en Psicología

INFORME PSICOLÓGICO

I. Datos de Filiación:

Nombres y Apellidos	:	Marcel C.P.
Fecha de Nacimiento	:	22/09/1985
Edad	:	30 años
Sexo	:	Femenino
Lugar de Nacimiento	:	Cusco
Procedencia	:	Arequipa
Grado de instrucción	:	2do de secundaria
Estado Civil	:	Casada
Ocupación	:	Empleada del hogar
Religión	:	Católica
Informante	:	La paciente
Lugar de Evaluación	:	E.P. Mujeres Arequipa
Fecha de evaluación	:	Agosto 2015
Examinador	:	Elizabeth Valdivia Canales
		Bachiller en Psicología

II. Motivo de Consulta:

La paciente acude a consulta para solicitar apoyo psicológico, según refiere “necesito ayuda, me siento muy triste y frecuentemente tengo ganas de llorar”.

III. Técnicas e Instrumentos utilizados :

- ♦ Observación.
- ♦ Entrevista.
- ♦ Pruebas psicológicas:
 - ✚ Inventario Clínico Multiaxial de Millon – III
 - ✚ Test de la Figura Humana de Karen Machover
 - ✚ Escala de Sentimientos de culpa (SC-35)

IV. Antecedentes personales y familiares:

Paciente de 30 años de edad, de religión católica, nacida en Cusco a los nueve meses de gestación por parto normal eutócico, sin complicaciones, es la segunda hija de tres hermanos, ambos padres residen en Cusco; su dinámica familiar siempre se identificó por ser afectiva, tuvo en su hogar amor y comprensión, nunca recibió castigo físico, los padres mantenían una relación estable, fueron responsables y amorosos con sus hijos, en la actualidad sigue manteniendo una relación cordial y empática con progenitores y hermanos.

El transcurso de su vida académica, fue desde el jardín de infancia a los cinco años, le gustaba ir porque aprendía cosas nuevas, recuerda que jugaba mucho; en primaria y secundaria tuvo un desempeño promedio le gustaban las matemáticas, caracterizándose por ser responsable con sus deberes escolares. En cuanto a sus relaciones interpersonales, desde inicial se ha mostrado tímida, reservada, de pocas amigas; participaba poco en las actividades escolares porque le demandaba tiempo y tenía que hacer sus tareas escolares y ayudar en los quehaceres de casa, así como ayudar a los padres en la chacra; deja el colegio al terminar el segundo de secundaria debido a los problemas económicos de casa, generándole tristeza y frustración.

Los conocimientos sobre los cambios fisiológicos que se presentaron en su cuerpo los adquiere de su hermana, asimilándolo de forma apropiada, no sentía interés por el sexo opuesto y le resulta incómodo hablar sobre el tema. Su primera relación sexual se dio con su única pareja, el padre de sus hijos y fue a los dieciocho años, no estando enamorada, teniendo una experiencia agradable.

La paciente contrajo matrimonio a los dieciocho años a causa de una amistad malinterpretada, ella acepta el enlace sin tener ningún sentimiento y forma una familia con su esposo teniendo en su relación con su pareja tres hijos, en un inicio de casados tienen agradables momentos, lo que fortaleció los lazos en la pareja, aproximadamente a los dos años la relación comienza a deteriorársela, por problemas económicos, asociado al consumo de alcohol de parte del esposo, quien poco a poco comenzó con el maltrato psicológico y luego físico, a los diez años del matrimonio la interna acude a la comisaria a denunciar a su cónyuge y decide abandonar el hogar, alquilando una habitación, así mismo le es difícil encontrar trabajo siendo este eventual y no alcanzándole para cubrir sus necesidades, la desesperación aumenta cuando no es suficiente el dinero para la alimentación y las medicinas para sus hijos, fue entonces que la interna de casualidad encontró el veneno para ratas, exasperada por el llanto de los niños y en su deseo de no querer que sufran más prepara una mezcla de leche con el veneno y se los hace beber primero a los hijos, para luego tomárselo ella misma, al ver a sus hijos retorciéndose de dolor la paciente reacciona se arrepiente, grita y pide auxilio, después de eso no recuerda y despierta en un centro de salud, resultando de ese episodio el fallecimiento del menor de sus hijos.

La paciente es recluida en el Centro penitenciario de mujeres por delito contra la vida, el cuerpo y la salud – Parricidio, en agravio de su hijo. Este suceso la ha conllevado a experimentar sentimientos de tristeza, temor, arrepentimiento, asociado a angustia, sentimientos de culpa, esto se hace evidente en la disminución del peso corporal, baja de apetito, dificultades en conciliar el sueño, además que le genera ansiedad, incomodidad, el ambiente en que vive, esto la lleva a aislarse, lo que indica que su enfermedad es de inicio brusco, curso progresivo con tendencia a la cronicidad y a reagudizaciones esporádicas. Actualmente hace trabajos de costura que le sirven para pagar la ley laboral, en cuanto a actividades sociales no le generan implicancia más si indiferencia lo que la ha llevado al aislamiento.

V. Observaciones Conductuales

Paciente de 30 años, aparenta su edad cronológica; de postura encorvada, ante la entrevista se mostró colaboradora; presentaba ligera dificultad para concentrarse, orientada en las tres esferas; sin alteraciones perceptivas. En cuanto a sus procesos mnésicos su memoria remota se encuentra conservada, la memoria reciente tiene

dificultades para adquirir información recientemente presentada. Su pensamiento en cuanto es coherente y organizado, en cuanto a contenido manifiesta ideas de culpa, desesperanza, incertidumbre e ideación de daño; asimismo un lenguaje donde su articulación es clara y entendible reflejándose en el orden y lógica, con afluencia intermitente, reflejándose en el volumen y tono de voz; su función intelectual se encuentra dentro de los parámetros normales; el estado de ánimo presenta congruencia en lo que evidencia y expresa con manifestaciones de sentimientos de tristeza, culpabilidad asociado a angustia. Asimismo apatía reflejándose en la falta de interés en sus actividades. Finalmente la paciente es parcialmente consciente de su enfermedad.

VI. Análisis e interpretación de los resultados obtenidos:

De acuerdo a los recursos psicodiagnósticos utilizados como entrevista, observación, anamnesis, examen mental, pruebas psicométricas, la interna es una persona introvertida, con reducido contacto social, reservada, que evidencia pasividad, tiende a ponerse a la defensiva en ocasiones y luego culpabilizarse; se muestra dependiente ya que se somete a los deseos de las personas, esto la lleva a ser insegura. Actualmente experimenta el dolor emocional como algo permanente presentando tristeza, pesimismo, culpa; que se hacen evidentes en su comportamiento y expresión afectiva presentando tensión, angustia evidenciando así falta de apetito e insomnio final asociado a un déficit de interés social y aislamiento.

VII. Diagnóstico:

La interna presenta melancolía, con rasgos de introversión asociado a inseguridad, angustia, ansiedad, sentimientos de culpa, ideas suicidas recurrentes, con falta de adaptación a su ambiente.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) y los resultados obtenidos de la entrevista, observación, anamnesis, pruebas psicométricas, la interna presenta Depresión Mayor (296.23)

VIII. Pronóstico:

Reservado, debido a que el contexto social donde vive actualmente no ayuda en el tratamiento, así mismo no cuenta con el soporte familiar necesario.

IX. Recomendaciones:

- ✓ Psicoterapia Individual.
- ✓ Se sugiere insertar a la paciente en el programa de desarrollo de habilidades sociales existente en el Centro Penitenciario de Mujeres Arequipa (como actividades culturales o deportivas), para de este modo pueda entablar relaciones.
- ✓ Enseñar habilidades orientadas a mejorar la comunicación y la expresión emocional.

Elizabeth Valdivia Canales

Bachiller en Psicología

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. Datos de Filiación:

Nombres y Apellidos	:	Marcel C.P.
Fecha de Nacimiento	:	22/09/1985
Edad	:	30 años
Sexo	:	Femenino
Lugar de Nacimiento	:	Cusco
Procedencia	:	Arequipa
Grado de instrucción	:	2do de secundaria
Estado Civil	:	Casada
Ocupación	:	Empleada del hogar
Religión	:	Católica
Informante	:	La paciente
Lugar de Evaluación	:	E.P. Mujeres Arequipa
Fecha de evaluación	:	Setiembre 2015
Examinador	:	Elizabeth Valdivia Canales
		Bachiller en Psicología

II. Diagnóstico:

La interna presenta melancolía, con rasgos de introversión asociado a inseguridad, angustia, ansiedad, sentimientos de culpa, ideas suicidas recurrentes, con falta de adaptación a su ambiente.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) y los resultados obtenidos de la entrevista, observación, anamnesis, pruebas psicométricas, la interna presenta Depresión Mayor (296.23)

III. Objetivo General:

Intervenir sobre la sintomatología depresiva, llevando a la interna al mejoramiento del estado de ánimo negativo, ayudando en su bienestar biopsicosocial de la paciente a través del cambio de esquemas desadaptativos.

Objetivos Específicos:

- Trabajar sobre pensamientos negativos relacionados a situación familiar y sentimientos de culpa
- Optimizar la capacidad de resolución de problemas.
- Entrenar en respiración y relajación
- Trabajar asuntos no resueltos que generan angustia y no aceptación de la situación actual de la interna.

IV. Descripción del plan terapéutico:

V.

Número de sesión Total 10	Técnica empleada	Objetivo	Actividad
01	Relajación progresiva	Disminuir la angustia fisiológica y psicológica al relajar el cuerpo y la mente.	Aplicación de la técnica * Practicar dos veces al día durante 4 a 6 minutos durante 1 semana.
02 y 03	Psicoeducación (aceptación y resolución de problemas)	Orientar a identificar con mayor entendimiento y claridad su problema, para reducir su inseguridad y	En base a la información que da la interna, le explicamos el sistema penitenciario en el que actualmente vive, orientando actitudes, y los fundamentos teóricos de la terapia cognitiva. Para ello se describe la relación entre pensamientos y emociones,

		lograr una mejor adaptación al Penal	usando ejemplos concretos experimentados por la interna.
04	Silla Vacía (sentimientos de culpa)	Contactar emocionalmente con experiencia vivida integrándola en la historia de vida de la interna trabajando así la culpa	Se dirige a la paciente en las diferentes fases de ésta técnica para lograr que interactúe con la figura del hijo fallecido, trabajando a la vez el perdón.
05-09	Reestructuración cognitiva Terapia cognitiva	Identificar pensamientos automáticos	Hacer que describa una situación lista de pensamientos que estén en el entorno de la problemática o un cambio en el que experimento en los afectos, se formulara la siguiente pregunta: ¿Qué está pasando por su mente en ese momento? (Lo que hice me hace sentir mal, si pudiera limpiarme toda esta culpa me quitaría un peso de encima)
		Identificar las emociones	Luego de describir una situación problemática le preguntamos ¿Cómo te hace sentir ese pensamiento? Y catalogarlo en un grado de emoción.
		Evaluar los pensamientos	¿Cuáles son las ventajas y desventajas de seguir pensando

		<p>automáticos y combatirlos</p> <p>(Bloquear y reemplazar)</p>	<p>eso? Luego se registran los pensamientos disfuncionales</p> <p>En cuanto al día, hora; situación;</p> <p>Pensamiento automático;</p> <p>Emoción; Respuesta Adaptativa y Resultado.</p>
10	<p>Terapia de resolución de problemas</p>	<p>Aumentar la capacidad de afrontamiento de la paciente al tratar situaciones estresantes.</p> <p>(actuales, presentes)</p>	<p>Interactuar con la interna y elaborar una lista de problemas y organizarlos en jerarquía.</p> <p>Asimismo se resolverá el problema más sencillo de la lista.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clarificar y definir el problema. • Trazar una meta realista. • Generar múltiples opciones de solución. • Evaluar y comparar las posibles soluciones. • Elegir una solución práctica. • Implementar la solución elegida. <p>Y luego se evaluará los resultados.</p>

VI. Tiempo de Ejecución :

Tres meses aproximadamente

Cada sesión terapéutica de 30 a 50 minutos

VII. Logros obtenidos:

Se pudieron aplicar las primeras sesiones logrando:

- Controlar y hacer entender a la paciente cuales son las causas de su estado de ánimo depresivo
- Que la interna utilice la relajación para controlar episodios de desesperación y tristeza para poder tener un mejor descanso en las noches.
- La interna entendió la importancia de insertarse en las actividades de sociabilización del establecimiento penitenciario.
- Se consiguió un avance de 30-% aproximadamente.

VIII. Cambio de actitudes y comportamientos:

- La interna mejoró su estado anímico
- La interna ya no basa sus pensamientos en la desesperación ni en sentimientos negativos
- La paciente es consciente de sus capacidades para poder afrontar las adversidades de la vida

IX. Seguimiento:

- La interna sigue con sus terapias y se puede evidenciar mejoría tanto en su semblante como en su forma de desenvolvimiento en la consulta y en el patio con sus compañeras del Centro Penitenciario de Mujeres.

Elizabeth Valdivia Canales
Bachiller en Psicología

ANEXOS

CASO N° 1

- Hoja de respuestas Millon III
- Hoja de respuestas Escala Sentimientos de Culpa
- Dibujo del test de la Figura Humana

INVENTARIO CLINICO MULTIAIXIAL DE MILLON (III)

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)	
				MARCEL	
SEXO		FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO	
MASCULINO	FEMENINO	AÑO	MES	DIA	

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

ESCALA (SC-35)

Criterios para el llenado de la escala:

TF : Totalmente falso MBF : Más falso que verdadero
TV : Totalmente verdadero MBV : Más verdadero que falso

		TF	MBF	MBV	TV
1	No me preocupa nada de lo que otras personas pueden pensar (Por ejemplo vecinos o padres)	X			
2	En ocasiones de gran felicidad, me asalta la duda de estar gozando de algo que no merezco	X			
3	No merezco tener gente que me quiera	X			
4	Cuando cometo algún error, por pequeño que sea, lo paso muy mal.				X
5	Cuando me acusan injustamente, me sigue atormentando la duda de que quizás tengan razón				X
6	Me sentiría feliz si pudiera arreglar de alguna manera el mal que he hecho				X
7	A lo largo de mi vida he tenido muchas meteduras de pata que me pesan lo indecible	X			
8	Cuando me dicen que un superior quiere hablar conmigo, me siento mal y comienzo a temer haber hecho algo mal.				X
9	Hay cosas en mi pasado de las que no quiero ni acordarme.				X
10	A veces me quedo perplejo viendo cómo la gente es tan inconsciente de sus acciones, siendo así que yo me preocupo de continuar con las mías				X
11	No sé por qué , pero el sexo sigue siendo para mí algo no limpio	X			
12	Cuando tengo que recibir cuidados de otras personas, me siento culpable				X
13	Cuando pierdo algo, pienso "Ya habré cometido otro error"	X			
14	Tengo la sensación de estropear todo aquello que toco	X			
15	Cuando no me doy a conocer como realmente soy, me queda la sensación de haber engañado a los demás.	X			
16	Me muero de vergüenza por estar encarcelado				X
17	Hay acciones que me dejan manchado por mucho tiempo				X
18	No es extraño que mis amigos me olviden				X
19	La causa de mis fracasos está en mí mismo				X

Criterios para el llenado de la escala:

TF : Totalmente falso MBF : Más falso que verdadero
TV : Totalmente verdadero MBV : Más verdadero que falso

		TF	MBF	MBV	TV
21	Si pudiera limpiarme de toda culpa, me quitaría un peso de encima				x
22	La mayor felicidad es comportarse correctamente				x
23	A veces me siento culpable por acontecimientos o desgracias en los que objetivamente no estoy implicado				x
24	Echo de menos la inocencia que tenía cuando era niño	x			
25	Hay muchas cosas que la gente piensa que está bien, pero yo siento en mi interior que conmigo no va	x			
26	Temo que me ocurran desgracias, aunque no he hecho nada malo	x			
27	En alguna ocasión me han venido ganas de escupirme cuando me miraba en el espejo		x		
28	Cuando tengo éxito en algo, me queda la sospecha de no merecerlo	x			
29	Siento un peso cuando me pongo a pensar en mi padre	x			
30	Comprendo y justifico fácilmente a los demás, sin embargo a mí mismo no me perdono ninguna				x
31	No me siento peor que la mayoría de personas				x
32	Cada vez que me sale algo mal, pienso que cada uno recibe lo que merece	x			
33	Es imperdonable por mi parte no corresponder a aquellos que me quieren	x			
34	A veces he sentido asco de mí mismo				x
35	Hay pensamientos y deseos que te infectan como si fueran un foco de suciedad	x			



CASO N° 2

Presentado por: Cahuana Coraza, Mary Luz.

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos : L. J. T. T.

Fecha de Nacimiento : 05 de junio de 1986.

Edad : 29 años.

Sexo : Femenino.

Lugar de Nacimiento : Arequipa.

Grado de Instrucción : Superior Incompleta.

Estado Civil : Viuda.

Ocupación : Ama de casa.

Religión : Católica.

Referente : Psicóloga del Establecimiento Penitenciario.

Informantes : La interna.

Lugar de evaluación : Rotonda del Establecimiento Penitenciario.

Fecha de evaluación : 13, 17 y 20 de julio del 2015.

Examinadora : Cahuana Coraza, Mary Luz.

Bachiller en Psicología.

II. MOTIVO DE CONSULTA

La paciente es una interna sentenciada por el delito de parricidio y es referida por la psicóloga del Establecimiento Penitenciario debido a episodios depresivos

como consecuencia de la privación de libertad, la preocupación debido al delito cometido y a constantes dificultades para conciliar el sueño.

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

La paciente tiene 29 años de edad, se encuentra recluida en el Establecimiento Penitenciario de Mujeres-Socabaya por el delito de Parricidio siendo el agraviado el padre de sus hijos. Ingresó al establecimiento el 05 de abril del 2014, tras cumplir arresto domiciliario de 10 meses debido a su estado de gestación y es sentenciada con pena privativa de libertad de 10 años 2 meses. La paciente reconoce y acepta el delito, se siente arrepentida por el desenlace fatal producto de la relación con su pareja y manifiesta merecer lo que está viviendo.

En relación al día en que ocurrieron los hechos, la paciente narra que se encontraba discutiendo con su pareja en el dormitorio debido a problemas familiares y a los impedimentos de poder visitar a sus padres, ella le increpaba sobre los constantes maltratos físicos, psicológicos y deseaba terminar la relación por el bien de sus hijos, poco a poco la discusión se tornó más violenta siguieron los golpes, patadas estando ella en estado de gestación, también la violentó sexualmente. Luego de consumado el hecho su conviviente se quedó dormido en la recamara recostado de espaldas, en ese momento la paciente recuerda que se levantó de la cama, salió cuidadosamente de la habitación en busca del arma de reglamento de su cuñado quien era policía, retorno a la habitación lo apuntó con el arma, la paciente refiere que solo pensaba en terminar con el “infierno en el que vivía” y le disparó ella recuerda que todo pasó tan rápido cuando lo vio estaba ensangrentado en la cama en ese momento se desesperó, lloró y llamó a la policía para contarles lo sucedido.

Cuando llegó la policía la detuvieron, la llevaron a la comisaría para tomar su declaración, luego paso por médico legista y debido a su estado de gestación decidieron darle arresto domiciliario hasta que naciera el menor de sus hijos. Durante el arresto domiciliario no llevaba una vida normal tenía muchas limitaciones, no podía salir de su domicilio bajo ninguna circunstancia, solo salía

cuando se lo solicitaban las autoridades y por momentos se olvidaba de todos los problemas porque sus hijos, su familia estaban a su lado, sentía tristeza y preocupación cuando pensaba que luego de diez meses estaría presa, alejada de sus hijos sobre todo de su recién nacido y después de cumplir los 10 meses del arresto domiciliario la trasladaron al Establecimiento Penitenciario de Mujeres de Arequipa.

La paciente recuerda que ingreso al Establecimiento Penitenciario un día domingo, la ubicaron temporalmente en el pabellón “C”, luego de dos semanas el Órgano Técnico de Tratamiento (OTT), le realizó la evaluación y la reubicaron en el pabellón “A” donde se encuentran las internas nuevas y sin grado de peligrosidad. Desde su ingreso al Establecimiento la paciente se ha sentido triste, melancólica, porque se encuentra separada de sus hijos y alejada de su familia, también se encuentra pensativa debido a la privación de su libertad, tiene ideas de autodesvaloración ya que constantemente le vienen recuerdos a la memoria de los acontecimientos violentos vividos en la convivencia con su pareja, asimismo se encuentra desmotivada no tiene deseos ni voluntad de realizar actividades en los diferentes talleres los cuales son importantes ya que se realizan evaluaciones trimestrales en donde se determina la situación actual de las internas en el aspecto psicológico, social y legal para así favorecerlas con los beneficios penitenciarios.

También indica que tiene dificultades para conciliar el sueño, pesadillas recurrentes casi todas las noches, siente preocupación por el daño que les ocasiono a sus hijos al estar separada de ellos, refiere que quiere verlos e incluso piensa en la posibilidad de hacer los trámites para que el menor de sus hijos viva con ella en dicho establecimiento; pero también es consciente que sus hijos están protegidos y cuidados al lado de sus abuelos y tías.

La forma de comienzo de estos síntomas se dio de manera paulatina, aparecieron desde la etapa de convivencia con su pareja y se fueron acrecentando desde que cumplía arresto domiciliario y se fueron acentuando desde que ingreso al Establecimiento Penitenciario hace aproximadamente seis meses, se manifiestan generalmente cuando se encuentra sola y por las noches, actualmente está

recibiendo tratamiento para mejorar el sueño y no ha sido hospitalizada. Desde su permanencia en el Recinto Penitenciario la paciente no ha tenido ideas suicidas, ni intentos de suicidio debido a su cercanía a la religión gracias a la ayuda de las hermanas que visitan semanalmente a las internas, su alimentación ha disminuido. Las relaciones sociales con las demás internas es un poco hostil, no tiene amigas porque no confía en ninguna, siente que no le ofrecen una amistad sincera ya que escucha murmuraciones sobre su persona.

La paciente recibe visitas mensuales de sus padres, hermanas y los días sábados de sus hijos porque ese día ingresan menores de edad al Establecimiento Penitenciario. Refiere que sus hijos se encuentran bien, están estudiando y que su hermana mayor junto a su madre se hacen responsables de ellos. Sin embargo el mayor de sus hijos tiene problemas en el colegio, se ha vuelto un poco agresivo y ha disminuido su rendimiento académico; todos estos problemas aquejan a la paciente, algunas veces se siente sin fuerzas para continuar pero es consciente que sus hijos la necesitan y por ellos quiere salir adelante, recuperarse, rehabilitarse y aprovechar de alguna manera el tiempo que llevará recluida para mejorar como persona.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

- **ETAPA PRE-NATAL**

Embarazo o Gestación

La gestación de L. J. se llevó sin mayores complicaciones, su progenitora acudió a todos sus controles de embarazo programados. Por otro lado tuvo constantes mareos, náuseas algunas veces no ingería muchos alimentos; fue una hija deseada por ambos padres, no hubo intentos de aborto ni deseos de provocarlo.

- **ETAPA NATAL**

Nacimiento o Parto

La paciente nació a los ocho meses por cesárea, peso aproximadamente 2 kilos 300 gramos, lloró inmediatamente después de nacer y no necesito de incubadora después del nacimiento.

- **ETAPA POST-NATAL**

Después del nacimiento la madre la llevo a todos sus controles de crecimiento y desarrollo junto a sus vacunaciones. La paciente desde muy pequeña vivió con sus padres, hermanas y abuelos maternos. Cuando era niña la madre siempre la cuidó, protegió, fue la engreída de toda la familia ya que es la última de las hijas. Por otro lado la madre no producida la leche necesaria para darle de lactar por tal motivo su lactancia fue natural y artificial, lactó hasta los dos años. El desarrollo psicomotor y su alimentación fueron normales, controló los esfínteres a los tres años y se mordía las uñas.

- **ETAPA ESCOLAR**

La paciente inició sus estudios del nivel inicial a los cuatro años, al año siguiente realizó inicial de cinco años; siempre fue una niña inquieta.

Ingreso a los 6 años a la educación primaria, en una institución educativa para mujeres que se encontraba cercano a su domicilio, desde el primer día le gustó ir al colegio, siempre fue una niña juguetona le gustaba salir al recreo, incluso dejaba de lado la lonchera para jugar con sus compañeras y como consecuencia muchas veces perdía sus cosas o no se acordaba donde las dejaba. Debido a estas circunstancias la reprendían en casa.

Empezó sus estudios secundarios a los 12 años, durante toda su educación secundaria fue una alumna promedio, sobresalía en las áreas de comunicación,

química, arte, religión. Tuvo algunas complicaciones con el área de matemáticas sin embargo no repitió ningún año.

Siempre llevo buenas relaciones interpersonales con sus profesores y compañeras, era colaboradora, participaba en actividades por el aniversario del colegio, no tuvo problemas de comportamiento; sus padres siempre la apoyaron e incentivaron para que sea una buena estudiante, aunque eran muy reservados y hasta un poco autoritarios.

Durante la adolescencia manifiesta haber sido tranquila, solo tenía amigas debido a que estudiaba en una institución educativa de mujeres; sus padres siempre fueron muy católicos, no les gustaba que tenga mucha confianza con personas del sexo opuesto por tal motivo no tuvo muchos amigos y los pocos amigos que tenía era a escondidas de sus padres. Luego de terminar la secundaria estaba preocupada porque no sabía que estudiar así que decidió ir al convento por decisión propia para prepararse como religiosa. Estuvo en el convento cinco meses se retiró porque no se acostumbró y comprendió que no era su vocación; tras ello decidió estudiar educación inicial en el instituto María Montessori.

• ASPECTO PSICOSEXUAL Y VIDA FAMILIAR

La paciente no recibió educación sexual por sus padres ni por la institución educativa; sin embargo no muestra problemas al hablar de temas referentes a su sexualidad. Su primera relación sentimental fue a los 17 años con un amigo del barrio, ellos se conocían desde que eran niños y solo se veían cuando la paciente salía del convento, fue su primera ilusión y la relación duró tres meses.

Tuvo su primera relación sexual a los 18 años, con su segunda pareja sentimental lo conoció por medio de sus amigas cuando estaba estudiando educación inicial en el instituto de educación superior María Montessori, fue una experiencia satisfactoria, esta relación sentimental terminó a los siete meses debido a malos entendidos.

Su tercera pareja sentimental fue el padre de sus hijos se conocieron por las redes sociales, recuerda que conversaban casi todas las noches y luego de cuatro meses

conversando virtualmente decidieron conocerse en persona y ser enamorados, al inicio de la relación él era atento, divertido, cariñoso en ese momento la paciente estaba terminando sus estudios en el Instituto María Montessori y él estaba postulando para la policía. Luego de tres años de enamoramiento decidieron conocer a sus padres para formalizar la relación debido a su embarazo y optaron por convivir en la casa de los padres de su enamorado, tras esta decisión los padres de la paciente no estuvieron de acuerdo y conversaron con ella para hacerla reflexionar sobre las malas decisiones que estaba tomando.

A pesar de la oposición de sus padres, la paciente decidió convivir con su pareja en la casa de sus suegros, recuerda que la relación durante los primeros tres meses fue satisfactoria, se mostraba atento, comprensivo, cariñoso pero a medida que pasaba el tiempo fue cambiando, se volvió agresivo y cada vez más celoso, no la dejaba salir, no podía visitar a sus padres porque su pareja decía que tenía que dedicarse a sus hijos incluso muchas veces llegó a dejarla encerrada en la casa con la complicidad de sus suegros para impedir que saliera, discutían constantemente, la insultaba, con frecuencia llegaba borracho la golpeaba y violentaba sexualmente producto de ello tuvieron tres hijos.

En una oportunidad la paciente cansada de los maltratos vividos llega a escaparse de la casa junto a sus hijos y llorando le cuenta a sus padres lo que estaba viviendo junto a su pareja, ellos la apoyan y le piden que se separe; unas horas después su pareja enterado de que se había escapado va a buscarla a la casa de sus suegros, cuando llega conversa con ella y la convence de lo contrario, prometiendo no volver a maltratarla, la paciente le cree y vuelve con él. Sin embargo nada cambia, las agresiones continuaban, tenía celos enfermizos y sus suegros nunca se metían, apoyaban a su hijo y le echaban la culpa de los problemas a la paciente.

La paciente desde que inicio la convivencia con su pareja dejó de trabajar debido a los impedimentos de su pareja por los celos que sentía cuando la veía tratando con otras personas, se dedicaba a sus hijos y a los quehaceres de la casa, no llevaba buenas relaciones con sus suegros y cuñados porque se mostraban hostiles con ella y muchas veces eran cómplices de su pareja.

- **ACTIVIDAD LABORAL**

La paciente empezó a trabajar a los 19 años en una tienda dedicada a la venta de prendas de vestir con el objetivo de solventar algunos gastos adicionales de sus estudios a pesar que sus padres le solventaban económicamente todos sus gastos. Le gustaba realizar su trabajo porque tenía la facilidad de palabra convenciendo a las clientas para comprar determinadas prendas.

- **HÁBITOS E INTERESES**

A la paciente siempre le ha gustado el baile, la danza, ha participado en las actividades protocolares del colegio y posteriormente en su instituto cuando estudiaba educación. En la actualidad participó en actividades realizadas por el Establecimiento Penitenciario como en el día de la Resocialización con la imitación a un grupo musical y en el día de la madre bailando una danza junto a sus compañeras de pabellón.

También le gusta el vóley y actualmente lo practica, cuando juega se olvida de todos sus problemas y de alguna manera se desfoga y se siente más tranquila.

- **INFLUENCIAS NOCIVAS Y TÓXICAS**

A los 15 años inició el consumo de alcohol en el cumpleaños de su mejor amiga del colegio. La paciente no ha consumido drogas y tampoco fuma.

- **SERVICIO MILITAR**

No realizó servicio militar.

- **RELIGIÓN**

La paciente ha sido bautizada en la religión católica y siempre mantuvo esta religión, pero actualmente en el Establecimiento Penitenciario ha decidido bautizarse en los Testigos de Jehová debido a la influencia de las hermanas que visitan constantemente a las internas para ayudarlas a mantener la fe. La paciente ha decidido acercarse a Dios, él le ayuda a mantener la paz y la tranquilidad que necesita.

- **ENFERMEDADES O ACCIDENTES**

La paciente no recuerda haber tenido ningún accidente durante su niñez y adolescencia. En la actualidad sufre de constantes resfriados y dolores de cabeza.

- **PERSONALIDAD PRE MÓRBIDA**

La paciente es la menor de dos hermanas, desde pequeña era una persona sociable y extrovertida le gustaba compartir con sus compañeras en el recreo y en casa era la consentida del hogar. Proviene de una familia conservadora sus padres eran muy reservados y autoritarios siempre preocupados en guardar las apariencias, le inculcaron la religión católica desde que tiene uso de razón siguiendo sus costumbres y tradiciones.

Cuando terminó la educación primaria la paciente recuerda que la relación con sus padres cambió, especialmente con su progenitora debido a las constantes restricciones que tenían con ella, siempre la protegía y se preocupaba en demasía, no la dejaba salir a compartir con sus compañeras del colegio o amigos del barrio por miedo a que le sucediera algún acontecimiento negativo, no le permitía que tomara sus propias decisiones y de ser una niña sociable y cariñosa,

llego a ser una niña insegura, temerosa y dependiente de sus padres, debido a estas circunstancias no tenía muchos amigos en el barrio.

Sin embargo en la institución educativa la paciente era una niña juguetona, sociable, participaba en las actividades protocolares y tenía amigas. El rendimiento académico era regular y en ese sentido sus padres siempre la incentivaron y apoyaron. En la etapa de la adolescencia la paciente recuerda que le preocupaba conservar a sus amistades debido a que las tenía a escondidas de sus padres, especialmente los del sexo opuesto, esta situación la tenía ansiosa, siempre vivía bajo reglas y constantemente se lo hacían recordar llegando a internarse en un convento para prepararse como religiosa cuando terminó la secundaria.

La paciente siempre se las ingeniaba y en algunas oportunidades salía a escondidas de su casa. Cuando se retiró del convento porque se dio cuenta que no era su vocación, decidió conversar con sus padres, contarles sus molestias, incomodidades y sobre todo que la dejaran tomar sus propias decisiones y poder llevar una mejor convivencia con los miembros de la familia ya que también tenía ciertas discrepancias con la hermana mayor.

V. ANTECEDENTES FAMILIARES

- **COMPOSICIÓN FAMILIAR**

Padre: El padre de la paciente tiene 56 años es natural de Arequipa de grado de instrucción secundaria completa, no tuvo posibilidades de tener estudios superiores por motivos económicos. Se dedica al comercio junto a su esposa en el negocio que emprendieron juntos.

En cuanto a la relación con su padre es buena, la paciente le tiene mucha confianza y guarda buenos sentimientos hacia su padre ya que siempre la apoyo y ayudo en todo lo que necesitaba.

Madre: La madre de la paciente tiene 54 años, natural de Arequipa con grado de instrucción quinto de secundaria actualmente es ama de casa y se dedica a la crianza de los nietos. En cuanto a la relación con su madre es regular algunas veces no se comprenden pero la paciente trata de sobrellevar la situación.

Hermanas: La hermana mayor de la paciente tiene 33 años, es natural de Arequipa de ocupación enfermera, tiene dos hijos varones y actualmente se encuentra separada de su esposo. La relación con su hermana mayor no es del todo buena, han tenido algunas discusiones y en la actualidad no mantiene una buena relación ya que constantemente le increpa sobre la crianza de los hijos de la interna y que debe de asumir sus responsabilidades.

La segunda hermana de la paciente tiene 30 años, es natural de Arequipa, es profesora de Educación Inicial, tiene una hija y también se encuentra separada de su pareja. La relación con su segunda hermana es buena, recuerda que siempre se llevaron bien, le tiene confianza, la extraña mucho y que en la actualidad la está apoyando en la crianza de sus sobrinos.

Hijos: El hijo mayor de la paciente tiene 9 años, nació en Arequipa está cursando el cuarto de primaria desde que se encuentra reclusa la paciente el rendimiento de su hijo mayor ha disminuido y ha tenido problemas de comportamiento en la Institución Educativa. La segunda hija de la paciente tiene 7 años, nació en Arequipa, es una niña inquieta y está cursando el segundo de primaria, El último hijo de la paciente tiene 3 años. Sus tres hijos se encuentran al cuidado de su familia.

Sobrinos: La paciente tiene tres sobrinos, dos varones y una mujer refiere que los quiere mucho, los extraña y estudian junto a sus hijos.

- **CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA**

La familia pertenece a un nivel social de clase media, sus padres tienen un negocio familiar dedicado a la venta de prendas de vestir aportando juntos para los gastos de la casa. Sus dos hermanas ambas profesionales también apoyan económicamente con los gastos de la familia. Su vivienda está construida de material noble y cuenta con todos los servicios como agua, luz, desagüe, cable.

En la actualidad la interna participa en los talleres de trabajo aprendiendo a realizar trabajos de pintura en tela y adornos navideños para así venderlos en el Establecimiento Penitenciario los días de visitas o mandarlo a su familia y de esta manera apoyar económicamente con los gastos de sus hijos.

- **ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLÓGICOS**

No recuerda tener familiares con problemas mentales, ni antecedentes médicos ni patológicos.

VI. RESUMEN

Paciente de 29 años, se encuentra reclusa en el Establecimiento Penitenciario de Mujeres por el delito de Parricidio en agravio a su pareja, está sentenciada a 10 años 2 meses. Es referida por la psicóloga del Recinto Penitenciario debido a episodios depresivos, la preocupación por estar separada de sus hijos y a dificultades para conciliar el sueño.

En relación a su niñez, la paciente fue la engreída de la familia, fue una alumna promedio, llevó buenas relaciones interpersonales con sus profesores y compañeras no tuvo problemas de comportamiento. Durante la adolescencia manifiesta haber sido tranquila, luego de terminar la secundaria estaba preocupada porque no sabía que estudiar así que decidió ir al convento para prepararse como religiosa, pero comprendió que no era su vocación y decidió estudiar educación inicial en el Instituto María Montessori.

Su primera relación sentimental fue a los 17 años con un amigo del barrio. Tuvo su primera relación sexual a los 18 años y su tercera pareja sentimental fue el padre de sus hijos se conocieron por las redes sociales, al inicio de la relación él era atento, divertido, cariñoso. Luego de tres años de enamorados decidieron conocer a sus padres para formalizar la relación debido a su embarazo y optaron por convivir en la casa de los padres de su enamorado. En la convivencia la relación cambió totalmente, él era muy celoso no la dejaba salir no podía visitar a sus padres incluso muchas veces la dejaba encerrada en la casa con la complicidad de sus suegros, discutían constantemente, con frecuencia llegaba borracho la golpeaba y violentaba sexualmente producto de ello tuvieron tres hijos.

La paciente empezó a trabajar a los 19 años en una tienda dedicada a la venta de prendas de vestir, le gusta el baile, la danza y el vóley. A los 15 años inició el consumo de alcohol, no ha consumido drogas y tampoco fuma, no realizó servicio militar, ha decidido bautizarse en los Testigos de Jehová y acercarse a Dios para mantener la paz y la tranquilidad que necesita.

En la actualidad ha participado en actividades organizadas por el Establecimiento Penitenciario. La paciente recibe visitas de sus padres, hermanas y de sus hijos una vez al mes y aprovecha al máximo el tiempo que puede compartir con ellos. También realiza trabajos de pintura en tela y adornos navideños para así apoyar económicamente a su familia.

Arequipa, enero del 2017.

Cahuana Coraza Mary Luz

Bachiller en Psicología

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos : L. Y. T. T.
 Fecha de nacimiento : 05 de junio de 1986.
 Edad : 29 años.
 Sexo : Femenino.
 Lugar de Nacimiento : Arequipa.
 Grado de Instrucción : Superior Incompleta.
 Estado Civil : Viuda.
 Ocupación : Ama de casa.
 Religión : Católica.
 Referente : Psicóloga del Establecimiento Penitenciario.
 Informantes : La interna.
 Lugar de evaluación : Rotonda del Establecimiento Penitenciario.
 Fecha de evaluación : 05 y 07 de agosto del 2015.
 Examinadora : Cahuana Coraza Mary Luz.
 Bachiller en Psicología.

II. ACTITUD, PORTE Y COMPORTAMIENTO

Paciente de 29 años que aparenta la edad cronológica referida, mide aproximadamente 1.60 de estatura, de contextura delgada, tez trigueña, ojos color cafés claros y cabello castaño, con un adecuado aseo y arreglo personal, en el rostro se le observan algunas secuelas de acné juvenil y de postura erguida.

En la entrevista la paciente se expresa con un tono de voz adecuado y comprensivo, mantiene un adecuado contacto visual durante toda la entrevista, en cuanto a su expresión facial denota preocupación por estar separada de sus hijos y al referirse a su familia siente mucha tristeza y con lágrimas en los ojos

recuerda los momentos compartidos en familia. La paciente también siente remordimiento, angustia y sentimientos de culpa por el delito cometido.

Desde el inicio de la evaluación la paciente se muestra interesada y colaboradora, entiende con facilidad las instrucciones, brinda información detallada en cuento a su historia personal. Tiene conciencia del problema actual y está dispuesta a poner de su parte y continuar con el tratamiento para poder recuperarse.

III. ATENCIÓN CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN

- **Atención**

La paciente muestra una adecuada atención durante la realización de la evaluación, evitando la distracción por estímulos irrelevantes. En algunas ocasiones cuando la interna tiene problemas con sus compañeras o se siente preocupada por su familia su atención disminuye notándose distraibilidad o inestabilidad para la realización de la entrevista y evaluaciones.

- **Conciencia o estado de alerta**

La paciente se muestra lúcida, en algunas ocasiones se observa estados de somnolencia debido a problemas para conciliar el sueño debido a la preocupación excesiva de su situación actual.

- **Orientación**

Se encuentra orientada en persona, espacio y tiempo. Respecto a su persona, se identifica dando referencia de sus datos personales y es capaz de reconocer su papel dentro del ámbito penitenciario, identifica las partes de su cuerpo. En cuanto a la orientación espacial identifica el lugar en donde se encuentra actualmente, reconociendo derecha, izquierda, arriba, abajo, delante, atrás. Y

finalmente en su orientación temporal reconoce el día, mes y año en el que se encuentra.

IV. LENGUAJE

El lenguaje de la paciente es claro, coherente y comprensible. La pronunciación es entendible y el curso del lenguaje está bien expresado y articulado. En algunas ocasiones cuando la paciente se encuentra triste y melancólica el lenguaje se presenta con palabras entrecortadas.

V. PENSAMIENTO

Los pensamientos de la paciente fluyen en forma lógica y coherente sin la presencia de bloqueos. En el contenido del pensamiento se aprecia algunas ideas de autodesvaloración debido a los maltratos sufridos y a las constantes humillaciones vivido junto a su pareja.

VI. PERCEPCIÓN

La paciente tiene una adecuada percepción del ambiente que le rodea percibe colores, formas y tamaños de los objetos, durante la evaluación no se evidencian alteraciones perceptivas, sin la presencia de alucinaciones en cualquiera de las modalidades sensoriales. Sin embargo escucha murmurar a sus compañeras sobre su persona.

VII. MEMORIA

La memoria remota de la paciente se encuentra conservada recordando hechos cronológicos de su historia personal como los aspectos de su identidad personal y hechos relacionados a su historia familiar.

En relación a la memoria reciente también se encuentra conservada, recuerda acontecimientos sucedidos durante el día en el Establecimiento Penitenciario y el desarrollo cronológico de la enfermedad actual.

VIII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

La paciente presenta características de una persona con nivel de inteligencia normal, tiene la capacidad de realizar operaciones aritméticas simples, un adecuado pensamiento abstracto debido a la capacidad de manejar conceptos. Posee conocimientos generales acordes a su nivel cultural y a su grado de instrucción.

IX. ESTADO AFECTIVO

El estado de ánimo de la paciente no es adecuado ya que no le llama la atención realizar actividades en el Establecimiento Penitenciario, ha perdido el entusiasmo, llora con frecuencia, no tiene ganas de comer y dificultades constantes para conciliar el sueño con presencia de pesadillas.

Su expresión facial denota tristeza cuando narra acontecimientos violentos vividos junto a su pareja también siente preocupación y angustia al recordarse de sus hijos e impotencia por estar separada de ellos. Existe concordancia entre lo que dice la paciente y su expresión emocional. Durante la evaluación no presenta irritabilidad.

X. COMPRENSIÓN DEL PROBLEMA ACTUAL

La paciente comprende su problema, reconoce las implicancias de sus malas decisiones y las consecuencias negativas que han tenido sus comportamientos y actitudes a lo largo de su vida. En cuanto al grado de incapacidad del problema acepta que ha interferido en su vida personal debido a la privación de libertad, en la familia al estar separada de sus hijos y no compartir tiempo junto a ellos, en lo

social por el alejamiento de sus amigas y en el aspecto económico por no poder solventar los gastos económicos de sus hijos aportando de alguna manera con la venta de sus trabajos manuales. Acepta el delito y reconoce que necesita ayuda profesional para poder recuperarse y ponerlo en práctica con el objetivo de reinsertarse en la sociedad.

XI. RESUMEN

Paciente de 29 años de contextura delgada, tez trigueña, cabello castaño con un adecuado aseo y arreglo personal, postura erguida. En la entrevista la paciente se expresa con un tono de voz adecuado y comprensivo, mantiene contacto visual, su expresión facial denota preocupación, siente remordimiento, angustia y sentimientos de culpa por el delito cometido. Desde el inicio de la evaluación se muestra interesada y colaboradora, lúcida y en ocasiones se evidencian estados de somnolencia debido a dificultades para conciliar el sueño. Está orientada en persona, tiempo y espacio. El lenguaje de la paciente es claro, coherente, comprensible en algunas ocasiones se presentan palabras entrecortadas, los pensamientos fluyen en forma lógica y coherente. En el contenido del pensamiento se aprecia algunas ideas de autodesvaloración debido a los maltratos sufridos por su pareja. Tiene una adecuada percepción, la memoria remota y reciente se encuentran conservadas. En cuanto a su estado emocional siente tristeza, preocupación, angustia, ha perdido el entusiasmo y llora con frecuencia. La paciente comprende su problema, acepta el delito y reconoce que necesita ayuda profesional para reinsertarse en la sociedad.

Arequipa, enero del 2017.

Cahuana Coraza Mary Luz

Bachiller en Psicología

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: L. Y. T. T.
Fecha de Nacimiento	: 05 de junio de 1986.
Edad	: 29 años.
Sexo	: Femenino.
Lugar de Nacimiento	: Arequipa.
Grado de Instrucción	: Superior Incompleta.
Estado Civil	: Viuda.
Ocupación	: Ama de casa.
Religión	: Católica.
Referente	: Psicóloga del Establecimiento Penitenciario.
Informantes	: La interna.
Lugar de evaluación	: Rotonda del Establecimiento Penitenciario.
Fecha de evaluación	: 11, 13 y 19 de agosto del 2015.
Examinadora	: Cahuana Coraza Mary Luz. Bachiller en Psicología.

II. OBSERVACIONES GENERALES

La paciente es una interna del pabellón “A”, en el proceso de evaluación psicométrica colaboró manifestando predisposición con todos los requerimientos necesarios para la ejecución de las pruebas. La paciente estuvo atenta a las indicaciones para la resolución de las mismas y durante la realización de las evaluaciones se mostró tranquila, terminando en el tiempo estimado y realizando algunas preguntas cuando no comprendía las interrogantes.

En algunas ocasiones se suspendían las evaluaciones debido al estado emocional de la paciente y a problemas de convivencia con las internas y otras veces por las actividades de la paciente en los talleres de trabajo.

III. INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

- Pruebas psicológicas
 - a. Test de Inteligencia No-Verbal (TONI-2).
 - b. Test de la Figura Humana de Karen Macchover.
 - c. Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III).
 - d. Escala de Sentimientos de Culpa SC-35.

IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

a. Test de Inteligencia No-Verbal (TONI-2)

- Interpretación Cuantitativa

Test de Inteligencia No-Verbal (TONI-2)	
Ítem base	30
Nº de ítem adicionales correctos	6
Puntaje total	36
Percentil	55
Coeficiente intelectual	102

- Interpretación Cualitativa

En el Test de Inteligencia No-Verbal (TONI-2), la paciente de 29 años de edad obtuvo una puntuación total de 36 puntos, con un percentil de 55 obteniendo así un coeficiente intelectual de 102, ubicándola en un nivel intelectual promedio lo cual es un indicador de que es capaz de percibir sus

relaciones recíprocas, interpretar distintos sistemas de relaciones y solucionar problemas haciendo frente a situaciones diversas con el uso de su razonamiento.

b. Test de la Figura Humana de Karen Macchover

La paciente presenta inseguridad, cierta alteración en sus relaciones interpersonales debido a la falta de confianza con las personas de su entorno. También presenta agresión relacionada con arranques ocasionales de agresividad e índice de perturbación social. Expresa preocupación por los acontecimientos del futuro, muestra sentimientos de culpa debido a acontecimientos vividos en el pasado. Es una persona reprimida y huidiza debido a los maltratos recibidos, presenta rasgos de depresión y ansiedad.

c. Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III)

• Interpretación Cuantitativa

♦ Validez de la prueba

Escala de validez	PREV	Significado
X Sinceridad	53	Válido
Y Deseabilidad Social	84	Válido
Z Devaluación	69	Válido
V Validez	0	Válido

♦ Patrones y Síndromes Clínicos de la Personalidad

Patrones Clínicos de Personalidad			
1	Esquizoide	83	Indicador Moderado
2A	Evitativo	26	Indicador Nulo
2B	Depresivo	13	Indicador Nulo
3	Dependiente	13	Indicador Nulo
4	Histriónico	70	Indicador Sugestivo

5	Narcisista	82	Indicador Moderado
6A	Antisocial	12	Indicador Nulo
6B	Agresivo (sádico)	60	Indicador Sugestivo
7	Compulsivo	76	Indicador Moderado
8A	Negativista	33	Indicador Nulo
8B	Masoquista	12	Indicador Nulo
Patología Severa de la Personalidad			
S	Esquizotípico	66	Indicador Sugestivo
C	Límite	15	Indicador Nulo
P	Paranoide	72	Indicador Sugestivo
Síndromes Clínicos			
A	Trastorno de Ansiedad	60	Indicador Sugestivo
H	Trastorno Somatomorfo	75	Indicador Moderado
N	Trastorno Bipolar-Maniaco	66	Indicador Sugestivo
D	Trastorno Distímico	40	Indicador Nulo
B	Dependencia al Alcohol	60	Indicador Sugestivo
T	Dependencia de Sustancias	0	Indicador Nulo
R	Trastorno Estrés Postraumático	20	Indicador Nulo
Síndromes Clínicos Graves			
SS	Trastorno del Pensamiento	68	Indicador Sugestivo
CC	Depresión Mayor	85	Indicador Elevado
PP	Trastorno Delirante	68	Indicador Sugestivo

• Interpretación Cualitativa

Según la aplicación del Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III), la evaluación de la paciente resulta consistente y válida. La puntuación en la escala de Validez indica que la paciente comprendió cada ítem del test. La escala de Sinceridad y Deseabilidad Social están dentro de los límites aceptables. El indicador de Devaluación también se encuentra dentro de los límites normales.

En relación a los resultados obtenidos, la paciente presenta un elevado puntaje en la escala de los *Síndromes Clínicos Graves*, el puntaje obtenido es de 85 en *Depresión Mayor* lo cual significa que en relación a su estado de ánimo presenta tensión, tristeza, melancolía; estas personas son incapaces de funcionar en un ambiente normal, están severamente deprimidos y expresan pavor ante el futuro, ideación suicida y un sentimiento de resignación desesperado. Durante estos periodos a menudo ocurren algunos problemas somáticos, tales como falta de apetito, cansancio, pérdidas o ganancias de peso, insomnio y despertar precoz. Poseen sentimientos de poca valía y de culpa y los problemas de concentración son comunes.

Respecto a los *Patrones Clínicos de Personalidad*, la paciente presenta un indicador moderado en *Esquizoide* (83) seguido del *Narcisista* (82), lo cual significa que sus emociones y necesidades afectivas son mínimas y funcionan como observadores pasivos indiferentes a las recompensas y afectos, así como a las demandas de relacionarse con los demás, tienden a ser apáticos, desganados y distantes.

Finalmente en relación al Narcisismo, la paciente destaca por su forma egoísta de dedicarse a sí mismo, experimentando placer primario orientado a la grandiosidad, la necesidad de admiración, el egocentrismo y la imperturbabilidad, con tendencia a la utilización de los demás para conseguir objetivos personales.

d. Escala para medir el Sentimientos de Culpa SC-35

➤ Interpretación Cualitativa

Según los datos obtenidos por la Escala de Sentimientos de Culpa, la paciente obtuvo un puntaje total de 113 lo cual significa que es una persona que tiende claramente a culpabilizarse más de lo normal o más de lo debido generándole un sentimiento de responsabilidad por el daño causado, tiene una evaluación negativa de sí misma, cualquier gesto les provoca duda, miedo, inseguridad de

haber obrado mal. La paciente se avergüenza por el delito, suele estar a la defensiva en sus relaciones interpersonales, ante las críticas no puede expresar su ira para no perder la escasa aceptación que tiene. Se auto condena y esto la conduce a la depresión, ansiedad y cree que no es merecedora de ningún sentimiento. También siente la necesidad de reparar en cierta medida el daño causado empujada por la culpa que la embarga, tiene insatisfacción por la vida pasada, se siente frustrada por no responder a las exigencias de su familia y tiene cierta molestia por el reproche que recibe de la sociedad.

V. RESUMEN

Según la evaluación psicométrica la evaluada presenta un C. I. de 102 lo cual significa que posee un nivel promedio en relación a la inteligencia no verbal. La paciente presenta inseguridad, cierta alteración en sus relaciones interpersonales debido a la falta de confianza con las personas de su entorno. Expresa preocupación por los acontecimientos del futuro.

La evaluada tiene un elevado puntaje en *Depresión Mayor* lo cual significa que en relación a su estado de ánimo presenta tensión, tristeza, melancolía; estas personas son incapaces de funcionar en un ambiente normal, están severamente deprimidos y expresan pavor ante el futuro, ideación suicida y un sentimiento de resignación desesperado. Durante estos periodos a menudo ocurren algunos problemas somáticos, tales como falta de apetito, cansancio, pérdidas o ganancias de peso, insomnio y despertar precoz.

La paciente presenta Patrones Clínicos en un indicador moderado en *Esquizoide* (83) y *Narcisista* (82), lo cual significa que sus emociones y necesidades afectivas son mínimas, tienden a ser apáticos, desganados y distantes; en relación al Narcisismo, la paciente destaca por su forma egoísta de dedicarse a sí mismo, experimentando placer primario orientado a la grandiosidad, la necesidad de admiración, el egocentrismo, con tendencia a la utilización de los demás para conseguir objetivos personales.

En relación a los sentimientos de culpa es una persona que tiende claramente a culpabilizarse más de lo normal o más de lo debido generándole un sentimiento de responsabilidad por el daño causado, tiene una evaluación negativa de sí misma, se avergüenza por el delito, suele estar a la defensiva en sus relaciones interpersonales, ante las críticas no puede expresar su ira para no perder la escasa aceptación que tiene. Se auto condena y esto la conduce a la depresión, ansiedad y cree que no es merecedora de ningún sentimiento. También siente la necesidad de reparar en cierta medida el daño causado empujada por la culpa que la embarga, tiene insatisfacción por la vida pasada, frustración y cierta molestia por el reproche que recibe de la sociedad.

Arequipa, enero del 2017.

Cahuana Coraza Mary Luz

Bachiller en Psicología

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: L. Y. T. T.
Fecha de Nacimiento	: 05 de junio de 1986.
Edad	: 29 años.
Sexo	: Femenino.
Lugar de Nacimiento	: Arequipa.
Grado de Instrucción	: Superior Incompleta.
Estado Civil	: Viuda.
Ocupación	: Ama de casa.
Religión	: Católica.
Referente	: Psicóloga del Establecimiento Penitenciario.
Informantes	: La interna.
Lugar de evaluación	: Rotonda del Establecimiento Penitenciario.
Fecha de evaluación	: 13, 17, 20 de julio 05, 07, 11, 13, 19, 24 de agosto
Examinadora	: Cahuana Coraza Mary Luz. Bachiller en Psicología

II. MOTIVO DE CONSULTA

La paciente es una interna sentenciada por el delito de parricidio y es referida por la psicóloga del Establecimiento Penitenciario debido a episodios depresivos recurrentes como consecuencia de la privación de libertad, la preocupación debido a la separación de sus hijos y a constantes dificultades para conciliar el sueño.

III. TÉCNICAS Y PRUEBAS PSICOLÓGICAS UTILIZADAS

- Observación
- Entrevista psicológica.
- Pruebas psicológicas
 - a) Test de Inteligencia No-Verbal (TONI-2)
 - b) Test de la Figura Humana de Karen Macchover
 - c) Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III)
 - d) Escala para medir el Sentimientos de Culpa SC-35.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Paciente de 29 años de edad, es la última de dos hermanas proviene de una familia estructurada y conservadora. La madre no tuvo mayores complicaciones durante la gestación y el parto, nació a los ocho meses por cesárea, fue deseada y planificada por los padres, el desarrollo psicomotor y su alimentación fueron normales, la madre siempre la sobreprotegió y era la engreída de la familia.

La paciente de niña era inquieta, juguetona y olvidadiza debido a ello la reprendían en casa, cuando terminó la primaria la relación con la madre cambio debido a las constantes restricciones, ella sentía que no podía tomar sus propias decisiones toda esta situación originó que la paciente no confiara en la madre.

Empezó sus estudios secundarios a los 12 años, siempre tuvo un rendimiento académico promedio, no repitió ningún año. Llevó buenas relaciones interpersonales con sus profesores y compañeras no se presentaron problemas de comportamiento. Durante la adolescencia manifiesta haber sido tranquila, no tenía muchos amigos, era un poco temerosa y prefería no tener problemas con la madre. Luego de terminar la secundaria la paciente estaba un poco preocupada porque no sabía que estudiar, por influencia de la madre ingreso al convento para

prepararse como religiosa, pero comprendió que no era su vocación y decidió estudiar educación inicial en el Instituto María Montessori.

La primera relación sentimental la inicio a los 17 años siendo la primera ilusión, tuvo su primera relación sexual a los 18 años fue una experiencia satisfactoria y su tercera pareja sentimental fue el padre de sus hijos se conocieron por las redes sociales, enamoraron tres años luego decidieron conocer a sus padres para formalizar la relación debido a su embarazo y optaron por convivir en la casa de los padres de su enamorado. La paciente recuerda que en la convivencia la relación cambió totalmente, él era muy celoso, no la dejaba salir, discutían constantemente, con frecuencia llegaba borracho la golpeaba y violentaba sexualmente. No llevaba una buena relación con sus suegros, tuvieron algunos malos entendidos y discusiones. La paciente empezó a trabajar a los 19 años en una tienda de ropa, le gusta el vóley, el baile, la danza y en la actualidad a participado en actividades realizadas por el Establecimiento Penitenciario.

Inicio el consumo de alcohol a los 15 años, no consume drogas y dentro del Recinto Penitenciario ha decidido bautizarse por los Testigos de Jehová con el objetivo de acercarse a Dios y encontrar la paz que necesita. Dentro del penal no tiene amigas debido a que ninguna de sus compañeras le ofrece una amistad sincera, siempre escucha murmuraciones de su persona a las cuales ignora, debido a estas circunstancias se muestra distante, reservada y prefiere elegir actividades solitarias.

V. OBSERVACIONES GENERALES Y DE LA CONDUCTA

Paciente de 29 años, aparenta la edad referida, de contextura delgada, tez trigueña, cabello castaño con un adecuado aseo y arreglo personal, de postura erguida. En la entrevista la paciente se expresa con un tono de voz adecuado y comprensivo, mantiene contacto visual, su expresión facial denota preocupación, siente remordimiento, angustia y sentimientos de culpa por el delito cometido.

Desde el inicio de la evaluación la paciente se muestra interesada y colaboradora, tiene una adecuada atención evitando distraerse por estímulos irrelevantes, de conciencia lúdica; está orientada en persona, tiempo y espacio.

El lenguaje de la paciente es claro, coherente y comprensible en algunas ocasiones se presentan palabras entrecortadas, los pensamientos fluyen en forma lógica y coherente. En el contenido del pensamiento se aprecia algunas ideas de autodesvaloración debido a la violencia vivida en la convivencia con su pareja. Tiene una adecuada percepción, la memoria remota y reciente se encuentran conservadas y según los datos obtenidos en los distintos procesos mentales la paciente presenta características de una persona con nivel de inteligencia normal acorde a su nivel cultural y grado de instrucción.

En cuanto a su estado emocional siente tristeza, preocupación y angustia, ha perdido el entusiasmo y llora con frecuencia. La paciente comprende su problema y reconoce las consecuencias negativas que han tenido sus comportamientos y actitudes a lo largo de su vida, acepta el delito y reconoce que necesita ayuda profesional para reinserirse en la sociedad.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Paciente de 29 años, es la menor de dos hermanas, fue una hija deseada y la consentida de los padres, desde que inició su educación fue una alumna promedio, posee un C. I. de 102 es decir puede interpretar distintos sistemas de relaciones y solucionar problemas haciendo frente a situaciones diversas con el uso de su razonamiento acorde a nivel cultural y grado de instrucción

La paciente desde pequeña fue sobreprotegida especialmente por la madre, no la dejaba que tomara sus propias decisiones haciendo de la paciente una persona emocionalmente insegura, frustrada e insatisfecha.

La falta de confianza que tenía hacia sus padres, especialmente hacia la madre debido a las constantes prohibiciones y los desacuerdos hizo que la paciente logre replegarse en sí misma, mostrando actitudes egoístas experimentando placer primario orientado a la grandiosidad, la necesidad de admiración, el

egocentrismo y la imperturbabilidad, con tendencia a la utilización de los demás para conseguir objetivos personales.

La paciente proviene de una familia autoritaria y conservadora, preocupados siempre en guardar las apariencias, se podría decir que este ambiente familiar hizo que la paciente sea una persona temerosa con cierta alteración en sus relaciones interpersonales debido a la falta de confianza hacia las personas de su entorno.

Desde la etapa de la adolescencia a la paciente le preocupó conservar a sus amistades debido a que las tenía escondidas de sus padres, generándole ansiedad y sintiendo preocupación por los acontecimientos del futuro. Cuando inicio la convivencia con el padre de sus hijos experimentó ideas de autodesvaloración debido a la violencia sufrida, su estado ánimo cambio, presentando tensión, tristeza, melancolía, ideación suicida y un sentimiento de resignación desesperado. La inadecuada relación de convivencia con el padre de sus hijos le generó una evaluación negativa de sí misma haciéndole creer que no es merecedora de ningún sentimiento. Cuando ingreso al Establecimiento penitenciario estos síntomas fueron más marcados debido a su situación actual, al estar separada de sus hijos y de su familia generándole problemas somáticos, tales como la falta de apetito, pérdida de peso y dificultades para conciliar el sueño. La paciente siente arrepentimiento por el daño cometido y reconoce su responsabilidad en el delito, siente la necesidad de reparar en cierta medida el daño causado empujada por la culpa que la embarga.

VII. DIAGNÓSTICO

La paciente presenta un C. I. de 102 es decir un nivel promedio de inteligencia acorde a su nivel cultural y grado de instrucción.

Presenta ideas de autodesvaloración, de inferioridad, frustración, culpa y resignación. También siente tensión, tristeza, melancolía, cansancio, ansiedad, con dificultades para conciliar el sueño y pérdida de peso expresando

preocupación por los acontecimientos del futuro propios de un trastorno depresivo moderado según el DSM V.

VIII. PRONÓSTICO

El pronóstico es favorable porque la paciente tiene predisposición a continuar con la psicoterapia y cuenta con el soporte familiar.

IX. RECOMENDACIONES

- Psicoterapia individual.
- Realizar psicoterapia familiar con el objetivo de mejorar la comprensión con sus padres y los hijos.
- Buscar grupos de apoyo como parte de un nuevo estilo de vida en donde pueda mejorar su autoestima.
- Continuar con sus talleres de resocialización.

Arequipa, enero del 2017.

Cahuana Coraza Mary Luz

Bachiller en Psicología

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: L. Y. T. T.
Fecha de nacimiento	: 05 de junio de 1986.
Edad	: 29 años.
Lugar de Nacimiento	: Arequipa.
Grado de Instrucción	: Superior Incompleta.
Estado Civil	: Viuda.
Ocupación	: Ama de casa.
Religión	: Católica.
Referente	: Psicóloga del Establecimiento Penitenciario.
Informantes	: La interna.
Lugar de evaluación	: Rotonda del Establecimiento Penitenciario.
Fecha de evaluación	: 07, 10 y 15 de septiembre.
Examinadora	: Cahuana Coraza Mary Luz. Bachiller en Psicología.

II. DIAGNÓSTICO

La paciente presenta un C. I. de 102 es decir un nivel promedio de inteligencia acorde a su nivel cultural y grado de instrucción.

Presenta ideas de auto desvaloración, de inferioridad, frustración, culpa y resignación. También siente tensión, tristeza, melancolía, cansancio, ansiedad, con dificultades para conciliar el sueño y pérdida de peso expresando preocupación por los acontecimientos del futuro propios de un trastorno depresivo moderado según el DSM V.

III. OBJETIVO GENERAL

- Intervenir sobre la sintomatología depresiva de la interna.

IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Lograr que la interna aprenda a relajarse para controlar su ansiedad.
- Facilitar que la interna se conecte con sus emociones y sentimientos reprimidos en relación a los sentimientos de culpa que manifiesta.
- Identificar, analizar y modificar las interpretaciones, pensamientos desadaptativos, ideas irracionales que la interna experimenta en determinadas situaciones y frente a la pérdida de la pareja sentimental.
- Estructurar un estilo de vida para la interna y adaptarlo al nuevo entorno del establecimiento penitenciario.

V. DESCRIPCIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO

NÚMERO DE SESIÓN	PRIMERA Y SEGUNDA SESIÓN
TÉCNICA	Relajación Progresiva de Jacobson.
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Disminuir los estados de ansiedad manteniendo a la interna tranquila mediante la enseñanza de una correcta respiración. ✓ Relajar gradualmente la tensión muscular de la interna. ✓ Facilitar la conciliación del sueño.
ACTIVIDAD	<p>Posición inicial: Cierre los ojos y siéntate cómodamente.</p> <p>1. Primera fase: Tensión-Relajación</p> <p>a) Relajación de cara, cuello, hombros (repetir cada ejercicio tres veces con intervalos de descanso de unos segundos).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frente: Arruga unos segundos y relaja lentamente. • Ojos: Abrir ampliamente y cerrar lentamente. • Nariz: Arruga unos segundos y relaja lentamente.

	<ul style="list-style-type: none"> • Boca: Sonreír ampliamente y relaja lentamente. • Lengua: Presiona la lengua contra el paladar, relaja lentamente. • Mandíbula: Presionar los dientes notando la tensión en los músculos laterales de la cara y en las sienes, relaja lentamente. • Labios: Arrugar como para dar un beso y relaja lentamente. • Cuello y nuca: Flexiona hacia atrás, vuelve a la posición inicial. Flexiona hacia adelante y vuelve a la posición inicial lentamente. • Hombros y cuello: Elevar los hombros presionando contra el cuello, vuelve a la posición inicial lentamente. <p>b) Relajación de brazos y manos: Contraer, sin mover, primero un brazo y luego el otro con el puño apretado, notando la tensión en brazos, antebrazos y manos y relaja lentamente.</p> <p>c) Relajación de piernas: Estirar primero una pierna y después la otra levantando el pie hacia arriba y notando la tensión en piernas, glúteos, muslo, rodilla, pantorrilla y pie. Relaja lentamente.</p> <p>d) Relajación de tórax, abdomen y región lumbar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espalda: Brazos en cruz y llevar codos hacia atrás, notará la tensión en la parte inferior de la espalda y los hombros. • Tórax: Inhalar y retener el aire durante unos segundos en los pulmones. Observar la tensión en el pecho. Expirar lentamente. • Estómago: Tensar estómago, relajar lentamente.
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Cintura: Tensar nalgas y muslos. Los glúteos se elevan de la silla. <p>2. Segunda fase: Repaso</p> <p>Repasa mentalmente cada una de las partes que hemos tensionado y relajado para comprobar que cada parte sigue relajada, relaja aún más cada una de ellas.</p> <p>3. Tercera fase: Relajación mental</p> <p>Finalmente piensa en algo agradable, algo que te guste, que sea relajante, una música, un paisaje, etc., o bien deja la mente en blanco.</p>
TIEMPO	30 minutos.
NÚMERO DE SESIÓN	TERCERA, CUARTA Y QUINTA SESIÓN
TÉCNICA	Silla Vacía.
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Establecer un diálogo con la pareja sentimental que se encuentra no disponible por fallecimiento. ✓ Lograr que la interna se conecte emocionalmente con los sentimientos de culpa que experimenta por tener responsabilidad en el daño causado.
ACTIVIDAD	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fase de preparación: Se coloca a la interna físicamente frente a una silla. 2. Fase de imaginación: Se le pedirá a la interna que concentre toda su atención en la silla y utilice la imaginación para rellenar la presencia de la persona fallecida en ésta. 3. Fase de recuerdo: Se le incita a que describa el aspecto físico para darle presencia y fuerza a tal imagen. Seguidamente hará una descripción general de ciertos aspectos de su personalidad, tanto los positivos como negativos. Seguidamente, pedimos que nos describa la relación que mantenían ambos y en qué situación se encontraban cuando ocurrió el fallecimiento. 4. Fase de expresión emocional: Se le pedirá a la interna que se comunique directamente con la persona imaginada en la silla

	<p>y le relate cómo fue su percepción de los hechos de aquel asunto que quedó sin concluir.</p> <p>5. Fase de intercambio: Para mantener el diálogo con la persona fallecida, el paciente deberá intercambiar la silla en los momentos que sea necesario con el objetivo de facilitar la expresión de emociones y sentimientos.</p> <p>6. Fase de “darse cuenta”: Señalar las sensaciones experimentadas por la interna para que se percate de lo que está sintiendo y tome conciencia del significado que ha asignado el acontecimiento y del modo en que éste interfiere en su vida.</p> <p>7. Fase final: Una vez de regreso a la silla original, se pide a la interna que cierre los ojos e imagine a esa persona proyectada en la silla vacía, la acerque hacia sí misma y la deposite en algún lugar de su cuerpo, puede elegir el que quiera. Posteriormente se le pide que borre todas las imágenes creadas hasta el momento y que lentamente vaya regresando al espacio y momento presentes y abra los ojos.</p>
TIEMPO	40 minutos.
NÚMERO DE SESIÓN	QUINTA, SEXTA, SÉPTIMA Y OCTAVA SESIÓN
TÉCNICA	Reestructuración cognitiva.
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar los pensamientos desadaptativos que la interna experimenta en determinadas situaciones y en relación a la pérdida de la pareja sentimental. ✓ Analizar los pensamientos desadaptativos de la interna mediante preguntas y así facilitar la reflexión de las ideas irracionales. ✓ Modificar el modo de interpretar las cosas, el tipo de pensamiento y las valoraciones subjetivas que hace acerca del entorno. ✓ Búsqueda de pensamientos alternativos.
ACTIVIDAD	<p>1. Primero tenemos que identificar hasta qué punto los pensamientos de la interna se ajustan a la realidad.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tengo evidencias suficientes? • ¿Qué datos confirman lo que estoy pensando? • ¿Me hace falta información? • ¿Me infravaloro? • ¿Mi interpretación es parcial? • ¿Exagero? • ¿Me responsabilizo en exceso? <p>2. Segundo tenemos que analizar las consecuencias de pensar de esta manera.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Me sirve de algo pensar de esta manera? • ¿Me ayuda el pensar de esta manera? • ¿Cómo incide mi forma de pensar en mis relaciones sociales y familiares? • ¿Cómo incide en mi estado de ánimo? <p>3. Tercero modificar el modo de interpretar las valoraciones subjetivas de la interna.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Me gustaría que las cosas fuesen de otra manera, sería trascendente para mí? • ¿Sería una circunstancia desagradable o insuperable? • ¿Me afectaría durante un periodo de tiempo (un mes, dos meses, un año) o durante toda la vida? • ¿Me podrían pasar cosas más graves? ¿Cuáles? <p>4. Cuarto buscar pensamientos alternativos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Es esta la única manera posible de interpretar la realidad? • ¿Hay otras maneras de hacerlo? ¿Cuáles? • ¿Qué le diría a un amigo que tuviera estos tipos de pensamientos? • ¿Qué me diría un amigo o un familiar? ¿Por qué? • ¿Podría hacer alguna cosa más productiva para afrontarlo que darle vueltas al mismo tema una y otra vez? ¿Qué? • ¿Qué probabilidades hay que estas formas sean las más adecuadas?
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tienen más probabilidades de ayudarme a conseguir mis objetivos? • ¿Tienen más probabilidades de conseguir mejorar mi estado de ánimo? • ¿Tienen más probabilidades de incidir positivamente en mi manera de actuar?
TIEMPO	40 minutos.
NÚMERO DE SESIÓN	NOVENA Y DÉCIMA SESIÓN
TÉCNICA	Proyecto de vida.
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Crear un estilo de vida con las actividades de los diferentes talleres que ofrece el Establecimiento Penitenciario y que sean del interés de la interna. ✓ Programar horarios con las actividades que realizara durante la semana.
ACTIVIDAD	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primero se le brindara información a la interna sobre los diferentes talleres del Establecimiento Penitenciario y elegirá los que son de su agrado. Talleres del agrado de la interna: <ul style="list-style-type: none"> • Taller de pintura en tela. • Taller de tejido. • Taller de manualidades. 2. Segundo crear junto a la interna el horario de las actividades.
TIEMPO	30 minutos.

VI. TIEMPO DE EJECUCIÓN

EL plan psicoterapéutico consta de diez sesiones, cada sesión tiene una duración aproximada de 30 a 45 minutos, los cuales se pueden extender de acuerdo a los objetivos trazados. En los dos primeros meses las sesiones se realizaron dos veces por semana y en los meses restantes una vez por semana debido a las actividades de la interna en los talleres del Establecimiento Penitenciario.

VII. LOGROS ALCANZADOS

Se logró avanzar aproximadamente con el 40% de la psicoterapia a continuación se detallaran los logros obtenidos.

- ✓ Se logró que la interna aprenda a realizar una adecuada respiración para tranquilizarse y controlar sus estados de ansiedad.
- ✓ Se logró realizar la relajación progresiva para aliviar la tensión muscular de la interna.
- ✓ La interna logro conectarse emocionalmente con la pareja sentimental y expresarle sus sentimientos de culpa por la responsabilidad que siente tras el delito cometido.

Arequipa, enero del 2017.

Cahuana Coraza Mary Luz

Bachiller en Psicología

ANEXOS

CASO N° 2

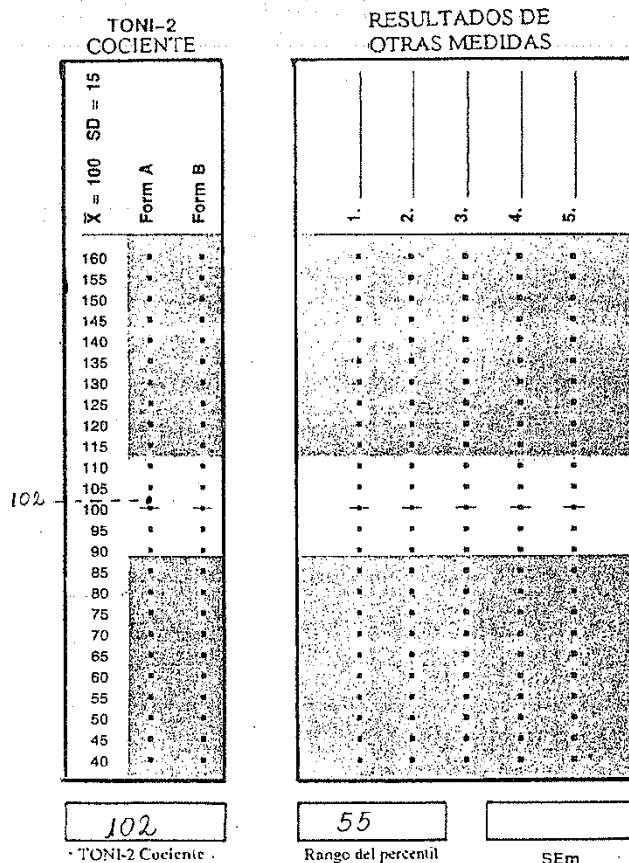
- Hoja de respuestas del test de Inteligencia No Verbal Toni II
- Dibujo del test de la Figura Humana
- Hoja de respuestas Millon III
- Hoja de respuestas Escala Sentimientos de Culpa

TONI-2

Test of Nonverbal Intelligence

FORMA A HOJA DE RESPUESTAS Y FORMA DE REGISTRO

Sección II. Perfil de los resultados de la Prueba



Sección III. Datos de Pruebas adicionales

Nombre	Fecha de aplicación	Cociente equiv.
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Sección I. Datos de Identificación

Nombre del examinado: Lady Jimena T.T.

Nombre del padre o tutor del examinado: _____

Colegio: _____ Grado: _____

Nombre del Examinador: Mary Luz

Título del Examinador: Bachiller en Psicología

Año Mes Día

Fecha de Evaluación: 2015 08 11

Fecha de Nacimiento: 1986 06 05

Edad Actual: 29 años/2 meses

Sección IV. Condiciones de Evaluación

¿Quién refirió al sujeto? _____

¿Cuál fue el motivo de referencia? _____

¿Con quién se discutió la referencia del examinado? _____

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

Administración Grupal (G) ó Individual (I) I

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

Nivel de ruido N

Interrupciones, distracciones SIR

Luz, temperatura SII

Privacidad Normal

Otros Normal

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

Comprensión del contenido de la prueba Normal

Comprensión del formato de la prueba Normal

Nivel de Energía Normal

Actitud frente a la prueba Normal

Salud Normal

Rapport Normal

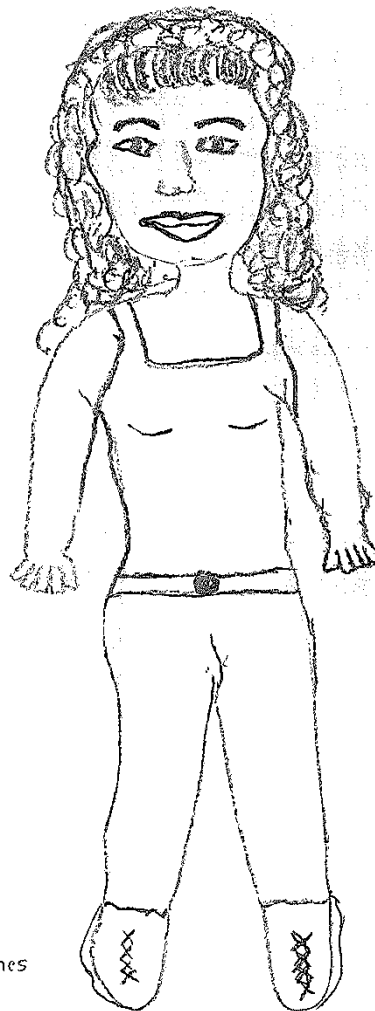
Otros Normal

Section VII. Responses to the TONI-2 Form A															
5-7 yrs. >	1.	1	2	3	4	5	6	<u>1</u>	29.	<u>1</u>	2	3	4	5	6
	2.	1	2	3	4	5	6	<u>1</u>	30.	<u>1</u>	2	3	4	5	6
	3.	1	2	3	4	5	6	<u>0</u>	31.	1	<u>2</u>	3	4	5	6
	4.	1	2	3	4	5	6	<u>0</u>	32.	1	2	3	4	5	<u>6</u>
8-9 yrs. >	5.	1	2	3	4	5	6	<u>1</u>	33.	1	2	<u>3</u>	4	5	6
	6.	1	2	3	4	5	6	<u>1</u>	34.	1	<u>2</u>	3	4	5	6
	7.	1	2	3	4	5	6	<u>1</u>	35.	1	2	<u>3</u>	4	5	6
	8.	1	2	3	4	5	6	<u>1</u>	36.	1	2	3	4	<u>5</u>	6
10-12 yrs. >	9.	1	2	3	4	5	6	<u>1</u>	37.	1	2	3	4	<u>5</u>	6
	10.	1	2	3	4	5	6	<u>0</u>	38.	1	2	3	4	<u>5</u>	6
	11.	1	2	3	4	5	6	<u>1</u>	39.	<u>1</u>	2	3	4	5	6
	12.	1	2	3	4	5	6	<u>0</u>	40.	1	2	3	<u>4</u>		
13-17 yrs. >	13.	1	2	3	4	5	6	<u>0</u>	41.	1	2	<u>3</u>	4		
	14.	1	2	3	4	5	6	<u>0</u>	42.	1	2	3	<u>4</u>	5	6
	15.	1	2	3	4			<u>0</u>	43.	1	2	3	4	5	6
	16.	1	2	3	4	5	6	<u>0</u>	44.	1	2	<u>3</u>	4	5	6
18-20 yrs. >	17.	1	2	3	4	5	6	<u>0</u>	45.	1	2	3	<u>4</u>		
	18.	1	2	3	4	5	6	<u>0</u>	46.	<u>1</u>	2	3	4	5	6
	19.	1	2	3	4			<u>0</u>	47.	1	<u>2</u>	3	4		
	20.	1	2	<u>3</u>	4	5	6	<u>0</u>	48.	1	<u>2</u>	3	4	5	6
21+ yrs. >	21.	1	2	3	<u>4</u>	5	6	<u>1</u>	49.	1	2	3	4	5	<u>6</u>
	22.	1	2	3	<u>4</u>	5	6	<u>1</u>	50.	1	2	3	4	5	<u>6</u>
	23.	1	2	3	<u>4</u>	5	6	<u>1</u>	51.	1	2	3	4	5	6
	24.	<u>1</u>	2	3	4	5	6	<u>1</u>	52.	1	2	3	4	5	6
Base	25.	1	<u>2</u>	3	4	5	6	<u>0</u>	53.	1	2	3	<u>4</u>	5	6
	26.	1	<u>2</u>	3	4			<u>1</u>	54.	1	2	3	4	5	6
	27.	1	2	3	<u>4</u>	5	6	<u>1</u>	55.	1	2	3	4	<u>5</u>	6
	28.	1	2	<u>3</u>	4			<u>1</u>							

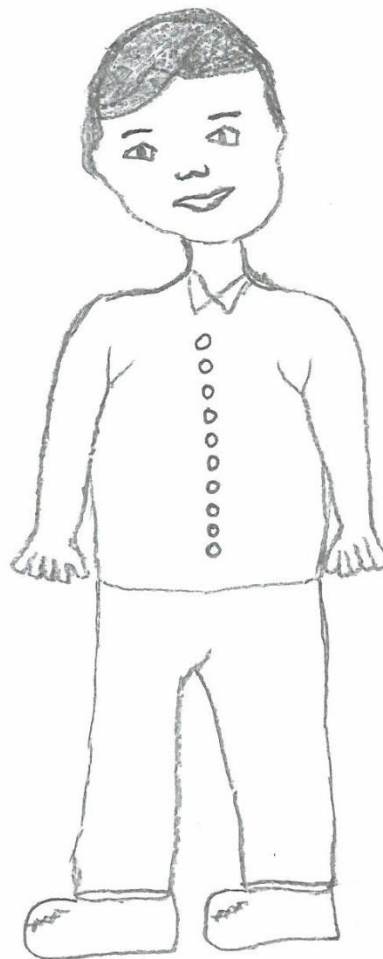
 Basal Item : 30

 No. of Correct : 6

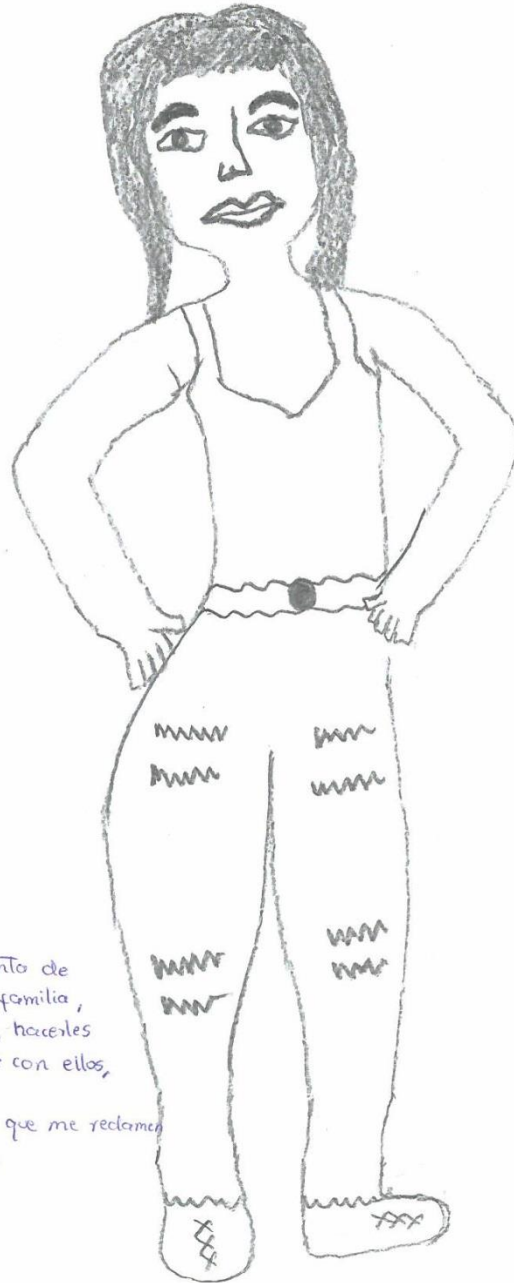
 Total : 36



- Yobana.
- 30 años
- Soltera.
- Fea.
- Fuerte.
- No es nerviosa.
- los senos.
- los hombros.
- Tener una familia.
- Que no le salga bien los planes de trabajo.
- Buena.



- Marco
- 20 años.
- Soltero.
- Guapo.
- Débil.
- Es nervioso.
- Sucia.
- Su barriga.
- Ser profesional.
- los problemas familiares.
- Bueno.



- Rosario Karina.
- 22 años.
- Conviuiente.
- Guapa.
- Fuerte.
- Nerviosa.
- la cara.
- los senos.
- Hacer un negocio de venta de abarrotes, unir a la familia, hacer crecer a mis hijos, hacerles estudiar y estar siempre con ellos, vivir feliz.
- los problemas familiares, que me reclaman algo que no tiene sentido.
- Buena.

→ fecha de evaluación:
21/11/2014

INVENTARIO CLINICO MULTIAIXIAL DE MILLON (III)

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)	
Torreblanca		Torres		Lady Jimena	
SEXO		FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO	
MASCULINO	FEMENINO	AÑO	MES	DIA	
	X	1986	Junio	05	Arequipa

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

ESCALA (SC-35)

Criterios para el llenado de la escala:

TF : Totalmente falso MBF : Más falso que verdadero
TV : Totalmente verdadero MBV : Más verdadero que falso

		TF	MBF	MBV	TV
1	No me preocupa nada de lo que otras personas pueden pensar (Por ejemplo vecinos o padres)	X			
2	En ocasiones de gran felicidad, me asalta la duda de estar gozando de algo que no merezco	X			
3	No merezco tener gente que me quiera	X			
4	Cuando cometo algún error, por pequeño que sea, lo paso muy mal.				X
5	Cuando me acusan injustamente, me sigue atormentando la duda de que quizás tengan razón			X	
6	Me sentiría feliz si pudiera arreglar de alguna manera el mal que he hecho				X
7	A lo largo de mi vida he tenido muchas meteduras de pata que me pesan lo indecible	X			
8	Cuando me dicen que un superior quiere hablar conmigo, me siento mal y comienzo a temer haber hecho algo mal.	X			
9	Hay cosas en mi pasado de las que no quiero ni acordarme.				X
10	A veces me quedo perplejo viendo cómo la gente es tan inconsciente de sus acciones, siendo así que yo me preocupo de continuar con las mías				X
11	No sé por qué , pero el sexo sigue siendo para mí algo no limpio	X			
12	Cuando tengo que recibir cuidados de otras personas, me siento culpable			X	
13	Cuando pierdo algo, pienso "Ya habré cometido otro error"				X
14	Tengo la sensación de estropear todo aquello que toco	X			
15	Cuando no me doy a conocer como realmente soy, me queda la sensación de haber engañado a los demás.	X			
16	Me muero de vergüenza por estar encarcelado				X
17	Hay acciones que me dejan manchado por mucho tiempo				X
18	No es extraño que mis amigos me olviden				X
19	La causa de mis fracasos está en mí mismo		X		

Criterios para el llenado de la escala:

TF : Totalmente falso MBF : Más falso que verdadero
TV : Totalmente verdadero MBV : Más verdadero que falso

		TF	MBF	MBV	TV
21	Si pudiera limpiarme de toda culpa, me quitaría un peso de encima				X
22	La mayor felicidad es comportarse correctamente				X
23	A veces me siento culpable por acontecimientos o desgracias en los que objetivamente no estoy implicado	X			
24	Echo de menos la inocencia que tenía cuando era niño				X
25	Hay muchas cosas que la gente piensa que está bien, pero yo siento en mi interior que conmigo no va				X
26	Temo que me ocurran desgracias, aunque no he hecho nada malo		X		
27	En alguna ocasión me han venido ganas de escupirme cuando me miraba en el espejo	X			
28	Cuando tengo éxito en algo, me queda la sospecha de no merecerlo	X			
29	Siento un peso cuando me pongo a pensar en mi padre				X
30	Comprendo y justifico fácilmente a los demás, sin embargo a mí mismo no me perdono ninguna			X	
31	No me siento peor que la mayoría de personas				X
32	Cada vez que me sale algo mal, pienso que cada uno recibe lo que merece			X	
33	Es imperdonable por mi parte no corresponder a aquellos que me quieren			X	
34	A veces he sentido asco de mí mismo	X			
35	Hay pensamientos y deseos que te infectan como si fueran un foco de suciedad		X		