

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN RECLUSOS SENTENCIADOS POR DELITOS  
DE ABUSO SEXUAL EN EL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO Y CARCELARIO

AUTORES:

LUZKARIME FERNANDEZ GARCIA

MARIA CAMILA SILVA ARIAS

ASESORA: MARÍA MARGARITA TIRADO VIDES

UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR

FACULTAD DE DERECHO, CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

PISICOLOGIA

VALLEDUPAR/CESAR

## **DEDICATORIA**

*A nuestros padres José Fernández Mendoza, Luz García Henríquez, Danilo Silva Andrade, Miriam Arias Passo, por apoyarnos en cada paso a lo largo de nuestra investigación, por confiar y creer en nuestras expectativas, por los consejos, valores y principios que nos han inculcado.*

## AGRADECIMIENTOS

*Los autores presentan sus agradecimientos a:*

*Primeramente, agradecemos a Dios por guiarnos, ser nuestro apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad. A nuestra asesora temática María Margarita Tirado Vides, por orientarnos en cada uno de los pasos de la realización de este proyecto, por el soporte, aportándonos desde su experiencia conocimientos fundamentales para este proceso; a nuestra asesora metodológica Doris Colina Andrade, por su disponibilidad, dedicación, paciencia, apoyo, motivándonos a seguir adelante y orientándonos a mejorar la investigación; Al abogado Javier Ferreira, quien nos aportó sus conocimientos y discusión crítica, lo cual, nos permitió un buen aprovechamiento en el trabajo realizado; a nuestros padres y hermanos y demás familiares por el apoyo que hemos recibido de ellos que ha sido incondicional. A la Universidad popular del Cesar, por abrirnos las puertas para realizar nuestros estudios profesionales y a los docentes que a lo largo de la carrera han aportado su granito de arena, motivándonos a dar lo mejor para ser profesionales integrales. Finalmente, a todas aquellas personas, que nos brindaron su apoyo, tiempo e información para el logro de nuestros objetivos.*

## Tabla de contenido

|  |           |
|--|-----------|
| Índice de gráficos.....  | 6         |
| <b>INTRODUCCIÓN.....</b>   | <b>9</b>  |
| <b>1. CAPITULO I: EL PROBLEMA .....</b>                                | <b>11</b> |
| <b>1.1.Descripción del problema .....</b>                              | <b>11</b> |
| <b>1.1.1. Formulación del problema .....</b>                           | <b>14</b> |
| <b>1.2.Objetivos .....</b>   | <b>14</b> |
| <b>1.2.1. Objetivo general .....</b>                                   | <b>14</b> |
| <b>1.2.2. Objetivos específicos .....</b>                              | <b>14</b> |
| <b>1.3.Justificación .....</b>   | <b>15</b> |
| <b>1.4.Delimitación .....</b>  | <b>16</b> |
| <b>1.4.1. Línea de investigación.....</b>                              | <b>16</b> |
| <b>2. CAPITULO II: MARCO TEORICO REFERENCIAL .....</b>                 | <b>17</b> |
| <b>2.1.Antecedentes de la investigación.....</b>                       | <b>17</b> |
| <b>2.2.Bases teóricas.....</b>   | <b>22</b> |
| <b>2.2.1. Sociodemografía .....</b>                                    | <b>22</b> |
| <b>2.2.2. Trastornos de personalidad .....</b>                         | <b>24</b> |
| <b>2.2.2.1. Trastorno .....</b>  | <b>24</b> |
| <b>2.2.2.2. Personalidad .....</b>                                     | <b>24</b> |
| <b>2.2.2.3. Trastorno general de la personalidad .....</b>             | <b>25</b> |
| <b>2.2.3. Síndrome Clínico. ....</b>                                   | <b>30</b> |
| <b>2.2.3.1. Síndrome .....</b>   | <b>30</b> |
| <b>2.2.3.2. Síndrome clínico .....</b>                                 | <b>30</b> |
| <b>2.3.Bases legales.....</b>  | <b>36</b> |
| <b>3. CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO .....</b>                       | <b>40</b> |
| <b>3.1.Enfoque de la investigación: .....</b>                          | <b>40</b> |
| <b>3.2.Tipo de investigación .....</b>                                 | <b>40</b> |
| <b>3.3.Diseño de investigación.....</b>                                | <b>41</b> |
| <b>3.4.Población.....</b>  | <b>41</b> |
| <b>3.5.Muestra/censo.....</b>  | <b>41</b> |
| <b>3.6. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos .....</b> | <b>42</b> |
| <b>3.6.1. Técnicas .....</b>   | <b>42</b> |
| <b>3.6.2. Instrumento .....</b>  | <b>42</b> |

|   |    |
|---|----|
| 3.6.3. Validez .....  | 43 |
| 3.6.4. Confiabilidad.....   | 44 |
| 3.6.4.1. <i>Consistencia interna</i> .....  | 44 |
| 3.6.4.2. <i>Fiabilidad test-retest</i> .....  | 45 |
| <b>3.7. Tecnicas de análisis de datos</b> .....   | 45 |
| <b>3.8. Consideraciones éticas de la investigación y consentimiento informado</b> ..... | 46 |
| <b>3.9. Sistema de variables</b> .....  | 48 |
| 3.9.1. Variable nominal:.....   | 48 |
| 3.9.2. Variable conceptual: .....   | 48 |
| <b>4. CAPITULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....                             | 50 |
| <b>4.1. Análisis y discusión de los resultados</b> .....                                | 50 |
| <b>4.2. Conclusiones</b> .....  | 62 |
| <b>4.3. Recomendaciones</b> .....   | 64 |
| <b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b> .....   | 65 |

## Índice de gráficos

|  |    |
|--|----|
| <b>Grafico 1. Edad</b> .....                               | 50 |
| <b>Grafico 2. Estado civil</b> .....                       | 51 |
| <b>Grafico 3. Nivel de estudios</b> .....                  | 51 |
| <b>Grafico 4. Departamento de origen</b> .....             | 52 |
| <b>Grafico 5. Antecedentes médicos/psiquiátricos</b> ..... | 53 |
| <b>Grafico 6. Trastornos de personalidad 1</b> .....       | 54 |
| <b>Grafico 7. Trastornos de personalidad 2</b> .....       | 55 |
| <b>Grafico 8. Síndromes Clínicos 1</b> .....               | 56 |
| <b>Grafico 9. Síndromes clínicos 2</b> .....               | 57 |
| <b>Grafico 10. Síndromes clínicos graves 1</b> .....       | 58 |
| <b>Grafico 11. Síndromes clínicos graves 2</b> .....       | 59 |

## RESUMEN

En esta investigación se analizaron los trastornos de personalidad identificados en personas privadas de la libertad condenados por delitos de abuso sexual en el establecimiento penitenciario y carcelario de alta y mediana seguridad en la ciudad de Valledupar. Para esta, se utilizó una metodología de tipo cuantitativa con alcance descriptivo de diseño no experimental transversal, de campo; no se realizó el proceso de muestreo, sin embargo, se hizo uso del censo en 55 internos condenados. Para la recolección de la información se utilizó una ficha sociodemográfica y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III. Finalmente, esta investigación arrojó una serie de resultados donde se evidenciaron trastornos como: Evitativo, antisocial, dependiente, esquizoide, pasivo-agresivo y narcicista; Síndromes Clínicos moderados graves asociados a estos como: La ansiedad, distimia, dependencia de drogas y dependencia de alcohol; Y síndromes Clínicos graves como: Depresión mayor y desorden del pensamiento.

los sujetos objeto de estudio son de sexo masculino en su totalidad, condenados por delitos de abuso sexual dentro de los cuales se encuentra el acceso carnal violento, acceso carnal abusivo con menor de catorce años, acto sexual violento, acto sexual con menor de catorce años, acto sexual o acceso carnal con persona incapaz de resistir, entre otros. Proviene de distintos departamentos del país, pero la mayoría son del departamento del Cesar, tienen un nivel bajo de estudios, la mayoría solo curso la básica primaria, son personas sin una familia conformada, en su mayoría solteros y provenientes de entornos familiares y sociales disfuncionales.

Los resultados de este estudio son un argumento sumado a todos aquellos que corroboran la presencia de desajustes a nivel de salud mental en la población carcelaria, haciendo hincapié en los trastornos de personalidad evidenciados. Constituyendo este un preocupante problema de salud que deja clara la necesidad de implementar estrategias de evaluación e intervención

especializada permitiendo la prevención y disminución de aspectos que no aportan a los procesos de reinserción social y aumenta la tasa de enfermedades mentales en Colombia dentro del contexto carcelario, aspecto que dificulta los procesos de adaptación y puede desencadenar la reincidencia.

### **ABSTRACT**

In this research we analyzed the personality disorders identified in persons deprived of liberty convicted of sexual abuse crimes in the penitentiary and prison establishment of high and medium security in the city of Valledupar, for this, a quantitative research was used with descriptive scope of non-experimental transversal design, field; the sampling process was not carried out, however, if the census was used in 55 convicted inmates; For the collection of information, a sociodemographic record and the Multiaxial Clinical Inventory of Millon-III were used. Finally, this research showed a series of results where disorders such as: Avoidant, antisocial, dependent, schizoid, passive-aggressive and narcissistic; Serious moderate clinical syndromes associated with these as: Anxiety, dysthymia, drug dependence and alcohol dependence; And serious clinical syndromes such as: Major depression and thought disorder.

The subjects under study are of male sex in their entirety, convicted of sexual abuse crimes within which is violent carnal access, abusive carnal access under fourteen years of age, violent sexual act, sexual act with less than fourteen years, sexual act or carnal access with a person incapable of resisting, among others. They come from different departments of the country, but most are from the department of Cesar, they have a low level of education, most of them are only

primary school, they are people without a family, mostly single and from dysfunctional family and social environments.

The results of this study are an argument added to all those that corroborate the presence of imbalances at the level of mental health in the prison population, emphasizing the personality disorders evidenced. This is a worrying health problem that makes clear the need to implement evaluation and specialized intervention strategies that allow the prevention and reduction of aspects that do not contribute to the processes of social reintegration and increases the rate of mental illness in Colombia within the prison context, aspect that hinders the adaptation processes and can trigger the recidivism.

## **INTRODUCCIÓN**

La salud mental es un aspecto que se ha buscado promover desde diferentes contextos y perspectivas, es definida según la OMS (2013) como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”(párr. 1) sugiere una gran importancia prevenir trastornos mentales, y es este de principales intereses que tiene la ciencia psicológica, priorizando esta última los contextos que se denominan más vulnerables, por lo cual, se considera a los establecimientos penitenciarios como uno de ellos.

Mauricio Iregui, presidente del consorcio Fondo de atención en salud para las personas privadas de la libertad, citado por Llinás (2018) afirma que “el fondo tiene a su cargo alrededor de 109.000 presos en los 137 establecimientos del INPEC, de los cuales se han diagnosticado cerca de 4.188 con alguna patología de salud mental en lo que va corrido del año, casi el doble de los reportados por el INPEC en 2015. De esos más de cuatro mil diagnosticados, el 52 por

ciento tienen trastornos derivados del consumo de sustancias psicoactivas, mientras que el porcentaje restante se reparte en diagnósticos de trastornos de personalidad, depresión, y esquizofrenia paranoide”. (párr. 13)

Lo anterior ha sido una de las principales razones por la cual se desarrolló la presente investigación, buscando esta analizar trastornos de personalidad identificados en personas privadas de la libertad, siendo dichos trastornos definidos según el DSM-V como “un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro”. (Asociación Americana de psiquiatría, 2014, p.358)

Todo con la finalidad de obtener datos confiables que permitan corroborar la existencia de dicha problemática y a su vez invitar a los establecimientos penitenciarios a priorizar la salud mental, partiendo de la realidad de que esta no es la más óptima, siendo ello un factor que dificulta el objetivo de la resocialización y prevención de la reincidencia.

En general, el número de personas privadas de la libertad dentro del establecimiento es bastante alto (1.500), por lo que se delimitó la población, escogiendo un delito específico, los relacionados al abuso sexual. A lo largo del documento se evidenciarán cada uno de los aspectos que se tuvieron en cuenta para lograr el objetivo principal. Se abordó desde cuatro capítulos, constando el primero de la descripción del problema, de las razones y aportes que genera abordar esta temática en la sociedad y para establecer los objetivos, en el segundo, se procedió a añadir las investigaciones previas que se han realizado con respecto a esta temática, a definir desde la teoría lo relacionado con Trastornos de personalidad y mencionar las bases legales que sustentan lo abordado, en el tercero se especificó el enfoque, tipo de investigación, diseño, población,

muestra, técnicas e instrumentos para la recolección de datos, y finalmente, el cuarto que abarca lo referente al análisis y discusión de los resultados obtenidos, la conclusión y recomendaciones establecidas.

## **1. CAPITULO I: EL PROBLEMA**

### **1.1. Descripción del problema**

Los centros penitenciarios en Colombia y en todos los lugares del mundo, son un ambiente propicio para el desencadenamiento de desajustes a nivel físico y psicológico. Es un entorno caracterizado por el aislamiento de las personas con el fin de que éstas paguen una deuda a la sociedad como consecuencia del comportamiento delictivo. En 2015 la Defensoría del pueblo se refirió a ellos como “Caldos de cultivo” para las enfermedades mentales. la privación de la libertad trae consigo factores de riesgo (perdida de la privacidad, distorsión en cuanto a la orientación de tiempo y espacio, sentimientos de desesperación, soledad, miedo, rompimiento de las relaciones sociales, el aumento del nivel de estrés y ansiedad, abuso de sustancias psicoactivas) que deterioran el bienestar de los individuos y desencadenan desajustes mentales.

Mauricio Igueri, citado por Llinás (2018) afirma que “se han diagnosticado cerca de 4.188 personas privadas de la libertad con alguna patología de salud mental en lo que va corrido del año. De esos más de cuatro mil diagnosticados, el 52 por ciento tienen trastornos derivados del consumo de sustancias psicoactivas, el porcentaje restante se reparte en diagnósticos de trastornos de personalidad, depresión, y esquizofrenia paranoide”. (párr. 13)

Estos establecimientos no deben minimizar la presente problemática, si existen pruebas que lleven a generar hipótesis de la posible existencia de un trastorno y sin llegar a tenerlas, con la intención de prevenirlos, es necesario que la institución cuente con personal capacitado para

brindar este tipo de apoyo, y más si se busca un proceso de reeducación y reinserción, teniendo en cuenta la realidad objetiva que supone la atención a la salud mental en prisión; no existe un equilibrio entre la atención brindada a individuos en libertad y a los privados de la misma; lo cual dificulta la idea de propiciar su bienestar en el contexto donde cumplen su pena.

Se busca que el individuo cumpla su condena y a su vez, en el transcurso de ella, por medio de procesos de intervención se promueva el desarrollo de actividades encaminadas a potencializar el crecimiento personal, la mejora de capacidades intelectuales, habilidades sociales y laborales, para cooperar en la superación de aquellas conductas que los llevaron a la reclusión.

Por otro lado, cabe añadir que casos relacionados con delitos de abuso sexual son muchos los evidenciados no solo en Colombia, sino en diversos países; es un fenómeno del cual se tiene conocimiento casi a diario, por medio de noticias, periódicos y cualquier otro medio, casos en los cuales se observa esta gran problemática que no distingue edades, donde niños, adolescentes, adultos y adultos mayores son fácilmente víctima de ello. Inglés, 1991; Echebúrua, Odriozola y Guerricaechevarría, 2005 citados por (Losada, 2012, p. 202) aseguran que “no se trata de hechos aislados sino de un problema universal y complejo, resultante de una interacción de factores individuales, familiares, sociales y culturales”. En Colombia diversos son los casos que se conocen, grandes abusadores en serie se encuentran pagando su condena en el establecimiento penitenciario y carcelario de alta y mediana seguridad en la ciudad de Valledupar.

Según Bandera (2018) “El panorama parece no mejorar, a la semana 3 de lo que va del año ya se han registrado en el Sistema de Salud Pública 28 casos por violencia sexual, donde aparece la capital del Cesar con 12, seguido de Aguachica con tres. Así lo dio a conocer la oficina de Dimensión Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos de la Secretaría de Salud del Cesar, que precisó que las cifras demuestran un problema bastante delicado”

Todo lo mencionado anteriormente requiere de un estudio exhaustivo por parte de la psicología y demás áreas afines, de no tomar las medidas necesarias la idea de una resignificación no se logrará; debe de ser un trabajo de constancia e interés, en donde primen los derechos de ellos sin estigmatizarlos por estar pagando una condena, es importante velar por su salud tanto física como mental.

La idea no es pretender un estilo de vida igual al de una persona en libertad, pero sí generar espacios para llevar a cabo intervenciones en pro de brindar una gama de alternativas, con el fin de aportar estas a la superación de cualquier situación adversa, diseñando actividades que propicien la reflexión (talleres, capacitaciones, etc.) para aprender y distraerse, logrando así, que la estadía ahí se torne lo menos dañina posible; como se mencionó anteriormente, de esto seguir así, con el miedo por acercarse a esta población y además con un nivel básico en atención, es muy probable que al obtener la libertad siga siendo una amenaza para la sociedad.

Cabe mencionar la existencia de medios por los cuales se puede evitar llegar a tales extremos y son justo las actividades mencionadas anteriormente, es necesario generar un interés por las diversas problemáticas que afrontan día a día las personas privadas de la libertad, más específicamente en el ámbito de la psicología clínica, en este caso como investigador se busca como parte inicial dar a conocer que es muy probable que existan trastornos.

En primera instancia identificar que están allí, escogiendo inicialmente una muestra de ellos y así dejar un precedente, evidenciándose por otra parte, el interés de personal ajeno al establecimiento por mejorar la calidad de vida de cada uno de ellos y siendo conscientes de la necesidad del surgimiento de más investigaciones con la intención de abordar más aspectos.

En consecuencia, es necesario conocer el perfil del individuo condenado por este tipo de delito; conocer a fondo acerca de los desajustes que puede padecer el abusador sexual ha sido una necesidad de los profesionales de la salud y de la sociedad en general, por lo que uno de los objetivos de esta investigación es analizar los posibles trastornos de personalidad que se puedan identificar en un grupo de personas privadas de la libertad en la penitenciaría de alta y media seguridad en la ciudad de Valledupar, condenados por delitos de abuso sexual.

### **1.1.1. Formulación del problema**

¿Cuáles son los trastornos de personalidad que se logran identificar en reclusos sentenciados por delitos de abuso sexual en el establecimiento penitenciario y carcelario de alta y mediana seguridad en la ciudad de Valledupar?

## **1.2. Objetivos**

### ***1.2.1. Objetivo general.***

- Analizar los trastornos de personalidad en reclusos sentenciados por delitos de abuso sexual en el establecimiento penitenciario y carcelario de alta y mediana seguridad en la ciudad de Valledupar.

### ***1.2.2. Objetivos específicos.***

- Caracterizar variables sociodemográficas en reclusos sentenciados por delitos de abuso sexual en el establecimiento penitenciario y carcelario de alta y mediana seguridad en la ciudad de Valledupar.
- Identificar trastornos de personalidad en reclusos sentenciados por delitos de abuso sexual en el establecimiento penitenciario y carcelario de alta y mediana seguridad en la ciudad de Valledupar.

- Determinar los síndromes clínicos moderados graves y graves relacionados con los trastornos de personalidad en reclusos sentenciados por delitos de abuso sexual en el establecimiento penitenciario y carcelario de alta y mediana seguridad en la ciudad de Valledupar.

### **1.3. Justificación**

Por medio del presente estudio, se busca afirmar aquellas teorías relacionadas con la incidencia de trastornos en la población carcelaria, de la atención que merece este tema, y la necesidad de tomar medidas al respecto. Es necesario además de enriquecedor realizar este tipo de investigación donde la importancia radica en conocer acerca de los posibles trastornos que puede padecer un individuo estando en prisión, ante la presencia de los mismos realizar una inmediata atención y mantener encuentros a fin de un tratamiento y seguimiento, buscando un proceso de rehabilitación, y por medio de ello lograr que su estadía sea lo más tranquila posible.

Otro aspecto de gran importancia, es dejar un precedente en cuanto a este tipo de investigaciones, despertar el interés por abordar los problemas de salud mental en la población carcelaria, tomar medidas al respecto realizando actividades de promoción y prevención que garanticen un impacto positivo en la mayoría de las personas que se encuentran privadas de la libertad; además de ello es algo novedoso, teniendo en cuenta que no se ha realizado ningún estudio enfocado en el fenómeno de los Trastornos de personalidad dentro del establecimiento. De igual forma, se aportaría la aplicación de las teorías que enfatizan acerca de la repercusión del entorno carcelario en la salud mental de estas personas y se promueve el interés con respecto a la misma.

Por medio de la aplicación de los instrumentos y corroborando la eficacia de los mismos se le estará brindando una herramienta clave que sirve de base para iniciar procesos de

transformación en aquellas personas en las cuales los resultados no sean los más óptimos. El sentido o aporte social de la investigación se basa en la contribución al proceso de resignificación y promoción de intervenciones psicológicas, aspectos que en gran medida impactan en la prevención de la reincidencia.

Desde un punto de vista metodológico se estarían estableciendo un conjunto de directrices que permitirán orientar el desarrollo de procesos dirigidos a la promoción y prevención. Todo esto con la finalidad de que ellos una vez libres, al volver a la sociedad no se encuentren perdidos con doble estigmatización debido a su condición de “enfermo” y de ex presidiario, además, de informar y sensibilizar tanto a los centros que les pueden brindar ayuda, como a los mismos reclusos.

#### **1.4. Delimitación**

La presente investigación se desarrolló en un periodo de aproximadamente un año, en la ciudad de Valledupar-Cesar, Colombia. En el establecimiento penitenciario y carcelario de alta y mediana seguridad.

Va dirigida exclusivamente a la búsqueda de pruebas que se relacionen con la existencia de trastornos de personalidad en personas privadas de la libertad, tomando como base el DSM-V (manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales) donde se especifican claramente cada uno de ellos y se delimita dicha población por un delito específico, que en este caso son los relacionados al abuso sexual.

##### **1.4.1. Línea de investigación.**

Cabe añadir la línea en la cual esta direccionada la investigación: Psicología clínica, definida por el Colegio Colombiano de Psicólogos (2014) como “una profesión que utiliza

principios, teorías y modelos derivados de la psicología, para entender, explicar e intervenir los problemas emocionales, psicológicos y conductuales de la persona” (párr.1). Esta a su vez cuenta con diferentes funciones, que se agrupan en actividades tales como: la evaluación, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, rehabilitación, asesoría, promoción y prevención de los aspectos que afectan al ser humano. A través de esta línea, se pretende dar respuesta a las necesidades emocionales del hombre en su dimensión personal, social y grupal, utilizando para ello el apoyo de instrumentos que permitan la evaluación y análisis de dichas necesidades y la afectación de estas en su bienestar.

Igualmente, a través de esta línea se busca interpretar el concepto de bienestar para los grupos humanos con el fin de analizar cómo se está presentando este estado o situación en las poblaciones y en el ser individual y como se pueden plantear propuestas que permitan brindar prevención y educación en la salud para los que la necesiten.

## **2. CAPITULO II: MARCO TEORICO REFERENCIAL**

### **2.1. Antecedentes de la investigación**

En este apartado se presentan los estudios realizados con anterioridad sobre el fenómeno analizado en esta investigación. Por lo cual, se hace mención de: Celedon, Brunal y Sánchez (2014) quienes realizaron un artículo titulado: Trastornos de personalidad en reclusos que han cometido delitos agravados. El objetivo del mismo fue establecer a nivel comparativo los trastornos de la personalidad y los tipos de delito en la muestra estudiada. Fue de tipo cuantitativo, de alcance descriptivo-comparativo.

La población estuvo conformada por 179 reclusos. Entre sus resultados destaca que los trastornos de personalidad más frecuentes fueron: antisocial, obsesivo compulsivo, paranoide,

narcisista, límite, esquizoide, esquizotípico, dependiente y evitativo. Los delitos más frecuentes que se asocian a estos TTPP fueron: homicidio, abuso sexual, lavado de activos, tráfico de estupefacientes y otras infracciones, secuestro entre otros. En general extrajo la conclusión de que el estudio de los trastornos de la personalidad y su relación con el delito gira en torno a continuar buscando la manera de ser capaces de predecir las conductas delictivas para así crear la falsa ilusión de que seremos capaces de controlarlas y evitar situaciones delictivas que alteran la vida de la sociedad diariamente.

Este estudio coincide con el presente trabajo porque: abarca la misma variable (trastornos de personalidad), y va dirigida al mismo tipo de población; pero este difiere en que no se busca la comparación entre el trastorno de personalidad y los tipos de delitos que caracterizan a la muestra. Este antecedente sirve en esta indagación como un referente para saber de los trastornos de personalidad predominantes en la población privada de la libertad, y así ver este fenómeno como algo persistente que requiere de todo el interés por parte de distintos entes de la sociedad.

A su vez, Mariani (2015) realizó un proyecto titulado: Teoría de la mente y trastornos de personalidad en personas privadas de la libertad. El objetivo del mismo fue investigar la relación entre la teoría de la mente y trastornos de personalidad. Fue de tipo Cuantitativa, con un diseño no experimental de corte transversal y con un alcance descriptivo correlacional. Entre sus resultados se destaca la intención de aportar conocimientos sobre algunas de las características de estas personas; los trastornos que predominaron en la mayoría de ellos, fue el antisocial y el límite.

Es necesario mencionar que los puntos de coincidencia de este trabajo con el presente fueron dadas porque buscan identificar rasgos patológicos para el diagnóstico de trastornos de personalidad, mencionan la importancia de trabajar aspectos relevantes que aporten al

establecimiento bases para el inicio de procesos de rehabilitación en cuanto a las diversas problemáticas presentadas allí y va encaminado a las personas privadas de la libertad; a su vez, difiere en aspectos tales como: no se busca establecer una relación entre la teoría de la mente y los trastornos de personalidad.

Finalmente, este antecedente sirve en la investigación para demostrar la influencia del entorno en el desencadenamiento de trastornos, conocer la problemática como un fenómeno mundial, abarcando distintos lugares del mundo y evidenciar la necesidad de entes interesados porque surja un servicio con la intención de brindar una rehabilitación óptima que aporte al proceso de resocialización en los centros penitenciarios.

Seguido de este, se tiene a Zalaba (2015) quién realizó su tesis doctoral titulada: Prevalencia de trastornos mentales en prisión: análisis de la relación en delitos y reincidencia. El objetivo del mismo fue ampliar el conocimiento sobre la prevalencia de las personas con trastorno mental que están cumpliendo condena en los centros penitenciarios españoles; fue un estudio epidemiológico, descriptivo transversal con diseño no experimental. Entre sus resultados se destaca un análisis de la muestra que incluye una descripción de sus principales características socio demográficas, un estudio de la prevalencia de trastorno mental y de los probables trastornos de personalidad, la descripción del perfil psicopatológico del enfermo mental en prisión, un análisis del consumo, abuso y dependencia de sustancias y finalmente una relación de los distintos trastornos mentales y de personalidad con el tipo de delito cometido y la reincidencia delictiva.

Los puntos de coincidencia de esta tesis doctoral con el presente se dan por: la población a quién va dirigida, busca identificar trastornos de personalidad. A su vez se diferencia en que no busca la prevalencia y no va relacionada con la reincidencia. Finalmente, este antecedente sirve

en esta investigación, al igual que los anteriores para tener unas bases, un conocimiento previo de lo que se ha investigado con relación a la temática.

Para abordar los trastornos de personalidad en personas privadas de la libertad condenados por delitos de acceso carnal violento, es importante tener en cuenta autores como: Álvarez, Arévalo y Godoy (2015) quienes desarrollaron su tesis titulada: características de personalidad en internos reincidentes; teniendo como objetivo identificar las características de personalidad en internos reincidentes recluidos en el establecimiento carcelario la Modelo de Bogotá condenados por delitos sexuales y delincuencia común.

La investigación fue de tipo cuantitativo, con diseño no experimental transversal descriptivo comparativo, con un paradigma de tipo empírico-analítico; la población estuvo conformada por 80 internos condenados reincidentes, 40 de delito sexual y 40 de delincuencia común. Los resultados obtenidos en la investigación evidenciaron que a partir del MIPS se identificó una alta tendencia en las variables de individualismo, control, reflexión y discrepancia para el caso de delincuencia común. Con el delito sexual se evidenció puntuación alta en Sistematización, Conformismo y Concordancia. Con la aplicación del IPDE se evidenció tendencia en los trastornos de personalidad paranoide, narcisista, límite y evitación para el caso de delito común, mientras que para el delito sexual se evidenció tendencia en el trastorno de personalidad esquizoide.

Los puntos de coincidencia se encuentran en que buscan abordar trastornos de personalidad en personas privadas de la libertad condenados por delito de acceso carnal violento. Es de tipo cuantitativo; este a su vez difieren en que el presente no abordó ningún otro delito. Finalmente, este antecedente sirve para demostrar la importancia de dejar herramientas a los centros penitenciarios, con los cuales se pueda abordar los temas de intervención psicológica y para dar a

conocer el interés que despierta en demás personas, con la intención de mejorar dicha problemática.

De igual forma se encuentra a Pulido, Ballén y Quiroga (2017) quienes realizaron un trabajo de grado titulado: funciones ejecutivas, estilos de personalidad y control de los impulsos en condenados por acceso carnal violento. El objetivo del mismo fue evaluar las funciones ejecutivas, los estilos de personalidad y la impulsividad en una muestra probabilística de 29 hombres condenados por el delito de acceso carnal violento y privados de la libertad en la cárcel modelo de la ciudad de Bogotá.

La investigación fue de tipo cuantitativo con diseño descriptivo correlacional; los resultados obtenidos fueron: en la evaluación de funciones ejecutivas, hubo mayor frecuencia de puntuaciones diagnósticas severas en el área prefrontal anterior, mientras que las puntuaciones diagnósticas leves fueron iguales en las áreas dorso-lateral y orbito-medial. En la evaluación de impulsividad, se presentaron puntuaciones diagnósticas más frecuentes en el tipo atencional. En la evaluación de los estilos de personalidad, el estilo más frecuente fue el obsesivo-compulsivo y los menos frecuentes fueron los estilos sádico, histriónico, esquizoide y antisocial. Los datos se discuten en términos de las implicaciones de estos hallazgos sobre la explicación de la agresión sexual y su impacto sobre la estrategia de evaluación, diagnóstico, diseño y ejecución de tratamientos en el contexto penitenciario.

El trabajo mencionado coincide con el actual en aspectos tales como: aborda el mismo tipo de población, una de sus variables son los trastornos de personalidad y está relacionado con el delito de acceso carnal violento. Pero a su vez difiere en que no busca evaluar las funciones ejecutivas ni la impulsividad. Finalmente, esta investigación sirve como punto de partida para

continuar la actual, debido a que se acerca en gran medida a la temática en general, y es de gran utilidad teniendo en cuenta que abordaron un delito relacionado con el abuso sexual.

## **2.2. Bases teóricas**

Esta sección abarca los tópicos que integran la temática tratada. Para Arias (2012) “las bases teóricas implican un desarrollo amplio de conceptos y proposiciones que conforman el punto de vista o enfoque adoptado, para sustentar o explicar el problema planteado” (p.107). Partiendo de lo anterior, se mencionarán conceptos y puntos de vista basados en distintos autores sobre la sociodemografía, trastornos de personalidad y síndromes clínicos identificados en la muestra.

### **2.2.1. Sociodemografía.**

El Diccionario de la Real Academia Española (DRAE, 2001) citado por Lagonell (2012), define demografía como “el estudio estadístico de una colectividad humana, referido a un determinado momento o a su evolución” (p.242). Por otro lado, define sociodemografía como:

La ciencia que estudia estadísticamente las características sociales que describen a las poblaciones humanas y sus variaciones, lo cual no se limita a la medición, sino que incluye necesariamente la interpretación y análisis de los datos, las proyecciones y predicciones en base a supuestos que incluyen variables no demográficas; implica la aplicación de herramientas técnicas para el manejo de la información cuantitativa y cualitativa referida a grupos poblacionales que conducen a realizar categorías de análisis las cuales pueden ser variables o sostenidas en el tiempo, e invitan a la reflexión sobre sus problemas particulares. (DRAE, 2001)

Según la ONU (S.f) la demografía es “Una ciencia que tiene como finalidad el estudio de la población humana y que se ocupa de su dimensión, estructura, evolución y caracteres generales considerados fundamentalmente desde un punto de vista cuantitativo”.

A su vez, desglosa lo mencionado anteriormente de la siguiente manera:

- Dimensión: hace referencia al tamaño de la población.
- Estructura: la población se estudia según distintos caracteres que la divide en subpoblaciones de interés tales como: sexo, edad, lugar de residencia, estado civil, etc.
- Evolución: en tamaño evolución temporal etc.
- Características generales: más propios de otras ciencias como la biometría, psicometría o genética. (estado de salud, coeficiente intelectual, código genético, etc.).

Así mismo, la demografía trata de:

al análisis de la población humana por edades, situación familiar, grupos étnicos, actividades económicas, estado civil; sus transformaciones en función de los nacimientos y defunciones, así como esperanza de vida. Estadísticas sobre migraciones y sus efectos sociales y económicos; niveles de delincuencia y grados de escolaridad, entre otras estadísticas relevantes. (García, Rodríguez y Lorea 2014, p.67)

Cabe añadir que surge la necesidad de conocer datos relevantes acerca de la población a la cual va destinada la presente investigación, saber acerca del entorno al cual hicieron parte y crecieron, identificar quienes son. Esta investigación fija posición en lo planteado por la RAE (2001) con respecto a la definición de sociodemografía, debido a que el objetivo principal al conocer variables sociodemográficas es estudiar estadísticamente las características sociales que

componen a los individuos a los cuales va dirigido el estudio, interpretar las mismas y conocer acerca de supuestos que mencionan la influencia de dichas variables en la aparición de determinadas conductas, en este caso la aparición de desajustes que conlleven la ejecución de actos castigados por la ley, lo cual repercute directamente en el óptimo desarrollo de una mente saludable. Para ello se recurre a herramientas técnicas que manejen dicha información, tales como fichas sociodemográficas.

Luego de haber caracterizado a la población, conociendo aspectos relevantes acerca del entorno en el cual crecieron y determinar si este pudo haber sido un factor desencadenante en su conducta, se busca identificar los trastornos que como ya se ha mencionado existe una gran probabilidad de que estén allí. Debido a lo anterior es importante tener claro todo lo que abarca y significa el término trastornos de personalidad.

## **2.2.2. Trastornos de personalidad.**

### ***2.2.2.1. Trastorno.***

Es “un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental” (American Psychiatric Association, 2014). A su vez menciona que habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes.

### ***2.2.2.2. Personalidad.***

Es entendida por Beck, (1995) como: “un conjunto de rasgos y cualidades que posee cada persona para su interacción con el medio”. A su vez Millon (1994), citado por Aparicio (2001)

considera que “la personalidad podría ser concebida como el estilo más o menos distintivo de funcionamiento adaptativo que un miembro de una especie presenta para relacionarse con su gama típica de ambientes” (p.18)

### ***2.2.2.3. Trastorno general de la personalidad.***

Es importante luego de haber especificado los componentes de la palabra “trastornos de personalidad”, abordar de forma general los mismos, siendo estos definidos por Millón (1997), citado por Celedon, Brunal y Sanchez (2014) como “un patrón persistente de formas de pensar, sentir y comportarse que es relativamente estable, las pautas para el diagnóstico se enmarcan en las actitudes y comportamientos, acentuadamente disarmónicos que afectan por lo general varios aspectos de la personalidad” (Párr.4).

Seguido a ello el DSM-V define a los mismos como “un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; se trata de una fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro”(American Psychiatric Association, 2014). A su vez divide los trastornos de personalidad en tres grupos, denominandolos grupo A, grupo B y grupo C, los cuales se mencionaran a continuación.

#### Grupo A

- Trastorno de la personalidad paranoide: Desconfianza y suspicacia intensa frente a los demás, de tal manera que sus motivos se interpretan como malévolos, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos.

- Trastorno de la personalidad esquizoide: Patrón dominante de desapego en las relaciones sociales y poca variedad de expresión de las emociones en contextos interpersonales, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos.
- Trastorno de la personalidad esquizotípica: Patrón dominante de deficiencias sociales e interpersonales que se manifiesta por un malestar agudo y poca capacidad para las relaciones estrechas así como por distorsiones cognitivas o perceptivas y comportamiento excéntrico, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos.

#### Grupo B

- Trastorno de la personalidad antisocial: Patrón dominante de intención y vulneración de los derechos de los demás, que se produce desde los 15 años de edad y se manifiesta de diversas maneras.
- Trastorno de la personalidad límite: Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos.
- Trastorno de la personalidad histriónica: Patrón dominante de emotividad excesiva y de búsqueda de atención, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos.
- Trastorno de la personalidad narcisista: Patrón dominante de grandeza (en la fantasía o en el comportamiento), necesidad de admiración y falta de empatía, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y se presenta en diversos contextos.

## Grupo C

- Trastorno de la personalidad evasiva: Patrón dominante de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos.
- Trastorno de la personalidad dependiente: Necesidad dominante y excesiva de que le cuiden, lo que conlleva un comportamiento sumiso y de apego exagerado, y miedo a la separación, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos.
- Trastorno de la personalidad obsesivo compulsivo: Patrón dominante de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la franqueza y la eficiencia, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y está presente en diversos contextos.

La Organización mundial de la salud (2000), a través del CIE-10 aborda los trastornos de personalidad desde tres dimensiones, antes definiéndolos como: “Diversas alteraciones y modos de comportamiento que tienen relevancia clínica por sí mismos, que tienden a ser persistentes y expresan un estilo de vida y una manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás” (P.158). Añade que algunas de estas alteraciones y modos de comportamiento aparecen en estadios precoces del desarrollo del individuo como resultado de factores constitucionales como de experiencias vividas, mientras que otros se adquieren más tarde a lo largo de la vida.

Las tres dimensiones que establece el CIE-10 son las siguientes:

- **Trastornos específicos de la personalidad:** son alteraciones del individuo, que no son consecuencia directa de una enfermedad, daño o alguna otra alteración del cerebro, o de una enfermedad psiquiátrica. En ellos están:

**Trastorno paranoide:** se caracteriza por una sensibilidad excesiva a los contratiempos; incapacidad para perdonar agravios; suspicacia y tendencia generalizada a distorsionar las experiencias propias interpretando las manifestaciones neutrales o amistosas de los demás como hostiles o despectivas; suspicacia recurrente, no justificada, sobre la fidelidad del cónyuge o compañero sexual; y un sentido combativo y tenaz de los propios derechos.

**Trastorno esquizoide:** caracterizado por la frialdad emocional ausencia de relaciones sociales u otros contactos, y tendencia a la fantasía, las actividades solitarias y la introspección. Asimismo, existe una incapacidad para expresar sentimientos y para sentir placer.

**Trastorno disocial:** caracterizado por el desprecio hacia las obligaciones sociales y cruel despreocupación por los sentimientos de los demás. Existe una gran parcialidad entre las normas sociales vigentes y su comportamiento.

**Trastorno de inestabilidad emocional:** caracterizado por una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias; el ánimo es impredecible y caprichoso. Existe predisposición a tener arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas; tipo impulsivo y límite.

**Trastorno histriónico:** caracterizado por afecto superficial lábil, teatralidad, dramatización, exagerada expresión de las emociones, sugestionabilidad, egocentrismo, indulgencia por sí mismo, falta de consideración por los demás, facilidad para sentirse herido, y búsqueda continua de aprecio, estímulos y atención.

**Trastorno anancástico:** caracterizado por sentimientos de duda, perfeccionismo, preocupación excesiva por detalles y comprobaciones, obstinación, precaución y rigidez. Aparecen también pensamientos impulsivos no deseados.

**Trastorno ansioso (evitativo):** caracterizado por sentimientos de tensión y temor, inseguridad e inferioridad; existe un continuo deseo de agradar y ser aceptado, hipersensibilidad a la crítica y al rechazo con restricción de las relaciones personales y tendencia a evitar determinadas actividades mediante la exageración de los potenciales riesgos y peligros de las situaciones cotidianas.

**Trastorno dependiente de la personalidad:** caracterizado por excesiva dependencia de otras personas para tomar decisiones más o menos importantes de su vida, gran temor al abandono, sentimientos de importancia e incompetencia, aceptación pasiva de los deseos de los demás e incapacidad para afrontar las demandas de la vida cotidiana.

Otros trastornos de la personalidad específicos: excéntrico, inhibido, inmaduro, narcicista, pasivo-agresivo, psiconeurotico.

- Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad: menciona que se dan cuando se presentan algunos de los criterios de varios de los trastornos mencionados anteriormente, pero sin llegar a cumplirse los criterios requeridos para ninguno de ellos.
- Cambios persistentes de la personalidad no atribuibles a enfermedad o daño cerebral.

Es necesario mencionar que el DSM-V es la fuente principal en la cual se basan la mayor parte de los psicólogos clínicos para diagnosticar y llevar a cabo un proceso de tratamiento, por lo cual, el investigador fija posición con el mismo debido a la destreza con la cual se maneja,

añadiéndole a ello que el instrumento con el cual se busca encontrar indicios de la presencia de algún TP se basa en lo que estipula dicho manual.

### **2.2.3. Síndrome Clínico.**

#### **2.2.3.1. *Síndrome.***

Según Belloch (1995) el término síndrome es un “conjunto de signos y síntomas que aparecen en forma de cuadro clínico. Dicho, en otros términos, es un agrupamiento o patrón recurrente de signos y síntomas” (p. 88).

#### **2.2.3.2. *Síndrome clínico.***

De acuerdo con Cardenal, Ortiz y Sanchez (2008) los síndromes clínicos son “trastornos mentales y del comportamiento que pueden ser relativamente transitorios, aumentando o disminuyendo con el tiempo en función de situaciones estresantes” (P.3).

Así mismo, para Millón el síndrome clínico se divide en: síndromes clínicos moderadamente graves y síndromes clínicos graves.

#### **2.2.3.3. *Síndromes clínicos moderadamente graves.***

##### **Trastorno de ansiedad:**

Según Millon y Davis (1998) Un paciente ansioso a menudo informa tanto 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, excesiva transpiración, dolores musculares poco definidos y náuseas. La revisión de las respuestas del paciente puede ayudar a determinar es principalmente fóbico y, más específicamente, si la fobia es de tipo simple o social. Sin embargo, la mayoría de los pacientes ansiosos presentan un estado generalizado de tensión que se manifiesta por la incapacidad de relajarse, movimientos nerviosos

y la tendencia a reaccionar y a sobresaltarse fácilmente. También es característico el malestar somático. (Hernández y Sanchez, 2007, p.42)

### **Trastorno somatomorfo:**

Según el DSM-V, los trastornos somatomorfos, ahora con su nueva conceptualización como trastornos de síntomas somáticos, se caracteriza por síntomas físicos persistentes (> 6 meses) muy angustiantes y que ocasionan problemas relevantes en el funcionamiento general del individuo, así como preocupaciones, sentimientos o conductas desproporcionadas relacionadas con estos síntomas (American Psychiatric Association, 2014).

Según Millon y Davis (1998) citados por Hernández y Sanchez (2007) Los pacientes con trastorno somatomorfo, expresan sus dificultades psicológicas mediante los canales somáticos, períodos persistentes de cansancio y debilidad y preocupación por su falta de salud y una variedad de dolores dramáticos, pero en gran medida inespecíficos, en diferentes e inconexas partes del cuerpo. Algunos pacientes tienen un trastorno primario de somatización que se caracteriza por quejas somáticas recurrentes y múltiples, presentadas a menudo de una forma dramática, vaga o exagerada. Otros tienen una historia que puede interpretarse como hipocondríaca: interpretan molestias o sensaciones físicas menores como señales de una dolencia grave. Si, de hecho, existen enfermedades, tienden a sobrevalorarlas a pesar de los intentos por parte de los médicos de tranquilizarles. Normalmente, las quejas somáticas se emplean para llamar la atención. ( pp. 42-43)

**Trastorno bipolar:**

Según el DSM-V, el trastorno bipolar, anteriormente llamado Psicosis Maníaco-Depresiva, es una enfermedad mental caracterizada por la presencia cíclica y recurrente de un conjunto de trastornos, que presentan fases intensas de alteraciones en el estado de ánimo (American Psychiatric Association, 2014).

A su vez Millon y Davis (1998) expresaron que: Los pacientes bipolares presentan períodos de euforia superficial, una elevada autoestima, un exceso de actividad nerviosa y facilidad para distraerse, discurso rápido, impulsividad e irritabilidad. También son evidentes un entusiasmo poco selectivo, planificación excesiva para objetivos poco realistas, una cualidad intrusiva, cuando no dominante y exigente, en sus relaciones inter personales, una necesidad reducida de sueño y fuga de ideas, así como cambios de humor, rápidos y lábiles. Puntuaciones muy altas pueden significar procesos psicóticos, incluyendo delirio y alucinaciones. (Hernández y Sanchez 2007, p. 43)

**Trastorno distimico:**

Según el DSM-IV citado por Jimenez, Gallardo, Villaseñor y Gonzalez (2013) el trastorno distimico se define como un trastorno afectivo crónico que persiste al menos de dos años en adulto y uno en adolescentes y niños. Se caracteriza por la presencia de estado de ánimo depresivo a lo largo de los días, durante la mayor parte del día (párr. 3).

De igual forma, Millon y Davis (1998) citados por Hernández y Sanchez (2007) afirman que: Los pacientes en la escala de distimia siguen involucrados en la vida

diaria, pero han estado preocupados durante años con sentimientos de desánimo o culpa, falta de iniciativa, apatía conductual y baja autoestima. Frecuentemente expresan sentimientos de inutilidad y comentarios auto-despreciativos. Durante los periodos de depresión puede haber muchos momentos de llanto, ideación suicida, una perspectiva pesimista del futuro, distanciamiento social, reducción o exceso del apetito, fatiga crónica, concentración pobre y una marcada pérdida de interés en actividades placenteras, así como una efectividad reducida en las tareas cotidianas. A menos que la puntuación en la escala CC (Depresión mayor) también sea muy elevada, es poco probable que se evidencien rasgos psicóticos depresivos. ( p.43)

### **Dependencia por alcohol:**

Según el DSM-IV citado por Mariño, Berenzon y Medina (2005) el síndrome de la dependencia por alcohol, se encuentra dentro de los trastornos por consumo de sustancias, se define como un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo (p.36).

Millon y Davis (1998) aseguran que: Un paciente en la escala de Dependencia del alcohol probablemente tiene una historia de alcoholismo, ha tratado de superar el problema con poco éxito y, como consecuencia, experimenta considerable malestar en la familia y en el trabajo. Lo que tiene de valor en esta escala y en la siguiente (Dependencia de sustancias) es la oportunidad de considerar el problema en el contexto del estilo global de funcionamiento y afrontamiento del paciente (Hernández y Sanchez 2007, p. 43).

### **Dependencia de sustancias:**

El DSM-V define la dependencia de sustancias como un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los criterios del manual, en un período continuo de 12 meses (American Psychiatric Association, 2014)

Según Millon y Davis (1998) El paciente con dependencia de sustancias probablemente tiene 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. Al igual que la escala de Dependencia del alcohol, esta escala está compuesta de muchos ítems indirectos y sutiles y puede ser útil para identificar a los individuos que no están muy dispuestos a admitir sus problemas de drogas (Hernández y Sanchez 2007, p. 43).

#### ***2.2.3.4. Síndromes clínicos graves.***

##### **Trastorno del pensamiento mayor:**

Es necesario mencionar a Millon y Davis (1998) quienes afirmaron que, dependiendo de la duración y el transcurso del problema, los pacientes en esta escala normalmente se clasifican como «esquizofrénicos», «esquizofreniformes» como padeciendo una «breve psicosis reactiva». Periódicamente pueden mostrar conducta incongruente, desorganizada o regresiva, a menudo parecen confusos y desorientados y ocasionalmente exhiben afecto inapropiado, alucinaciones

dispersas y delirios no sistemáticos. Pensamiento puede estar fragmentado o ser extraño. Los sentimientos pueden estar embotados puede haber un penetrante sentido de ser incomprendido y aislado por los demás. También son notables las conductas retraídas, solitarias y secretas (Hernández y Sanchez, 2007, p. 44).

### **Depresión mayor:**

El DSM-V, define la depresión mayor como un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia de un episodio de Depresión Mayor, en la cual se manifiesta un estado de ánimo triste o por la disminución del placer en la mayoría de las actividades durante el período mínimo de dos semanas, durante casi todos los días, casi todo el día (American Psychiatric Association, 2014).

Con base en lo anterior, cabe añadir que Millon y Davis (1998) aseguran que: Los pacientes con altas puntuaciones en esta escala normalmente son incapaces de funcionar en un ambiente normal, están severamente deprimidos y expresan pavor ante el futuro, presentan ideación suicida y un sentimiento de resignación desesperanzado. Algunos exhiben un marcado retardo motor, mientras que otros se muestran muy agitados, deambulando incesantemente y lamentándose de su triste estado. Durante estos períodos a menudo ocurren algunos problemas somáticos tales como falta notable de apetito, cansancio, pérdidas o ganancias de peso, insomnio y despertar precoz. Los problemas de concentración son comunes, así como los sentimientos de poca valía y de culpa. Los miedos repetitivos y las cavilaciones se observan con frecuencia. Dependiendo del estilo de personalidad subyacente, puede haber un patrón tímido, introvertido y solitario caracterizado

por inmovilidad torpe o un tono irritable, quejoso y lastimero (Hernández y Sanchez, 2007, p. 43).

### **2.3. Bases legales**

La presente investigación se encuentra cobijada por la ley 1616 (2013): Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones; el cual decreta:

Artículo 1°. El objeto de la presente leyes garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.

Artículo 3°. Salud mental. La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad.

Artículo 4°. Garantía en salud mental. El Estado a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales.

A su vez el mismo artículo menciona que: el ministerio de Justicia y del Derecho, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario y las entidades prestadoras del servicio de salud contratadas para atender a los reclusos, adoptarán programas de atención para los enfermos mentales privados de libertad y garantizar los derechos a los que se refiere el artículo sexto de esta ley; así mismo podrán concentrar dicha población para su debida atención. Los enfermos mentales no podrán ser aislados en las celdas de castigo mientras dure su tratamiento.

De igual forma se cuenta con la ley 65 del (Codigo penal, 1993): código penitenciario y carcelario y con la ley 1709 del 2014 que es la modificación de la mencionada anteriormente del código penitenciario. La cual decreta:

Artículo 1. Contenido del Código. Este Código regula el cumplimiento de las medidas de aseguramiento, la ejecución de las penas privativas de la libertad personal y de las medidas de seguridad

Artículo 5. Respeto a la dignidad humana. Modificado por el art. 4, Ley 1709 de 2014. En los establecimientos de reclusión prevalecerá el respeto a la dignidad humana, a las garantías constitucionales y a los derechos humanos universalmente reconocidos. Se prohíbe toda forma de violencia síquica, física o moral.

Artículo 10. Finalidad del tratamiento penitenciario. El tratamiento penitenciario tiene la finalidad de alcanzar la resocialización del infractor de la ley penal, mediante el examen de su personalidad y a través de la disciplina, el trabajo, el estudio, la formación espiritual, la cultura, el deporte y la recreación, bajo un espíritu humano y solidario

Artículo 24. Establecimientos de rehabilitación y pabellones psiquiátricos. Modificado por el art. 16, Ley 1709 de 2014. Los establecimientos de rehabilitación y pabellones psiquiátricos

son los destinados a alojar y rehabilitar personas que tengan la calidad de inimputables por trastorno mental o inmadurez psicológica, según dictamen pericial.

Finalmente por la ley 1236 del (Codigo penal, 2008): “Por medio de la cual se modifican algunos artículos del Código Penal relativos a delitos de abuso sexual” decreta: delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales.

Artículo 1. El artículo 205 del Código Penal (Ley 599 de 2000) “Artículo 205. Acceso Carnal Violento. El que realice acceso carnal con otra persona mediante violencia, incurrirá en prisión de doce 12 a veinte 20 años”.

Artículo 2. El artículo 206 del Código Penal (Ley 599 de 2000) “Artículo 206. Acto Sexual Violento. El que realice en otra persona acto sexual diverso al acceso carnal mediante violencia, incurrirá en prisión de ocho 8 a dieciséis 16 años.”

Artículo 3. El artículo 207 del Código Penal (Ley 599 de 2000) “Artículo 207. Acceso Carnal o Acto Sexual en Persona puesta en Incapacidad de Resistir. El que realice acceso carnal con persona a la cual Ley 1236 de 2008 2/6 haya puesto en incapacidad de resistir o en estado de inconsciencia o en condiciones de inferioridad psíquica que le impidan comprender la relación sexual o dar su consentimiento, incurrirá en prisión de doce 12 a veinte 20 años. Si se ejecuta acto sexual diverso del acceso carnal, la pena será de ocho 8 a dieciséis 16 años”

Artículo 4. El artículo 208 del Código Penal (Ley 599 de 2000) “Artículo 208. Acceso Carnal Abusivo con menor de catorce años. El que acceda carnalmente a persona menor de catorce 14 años, incurrirá en prisión de doce 12 a veinte 20 años”.

Artículo 5. El artículo 209 del Código Penal (Ley 599 de 2000) “Artículo 209. Actos Sexuales con Menor de catorce años. El que realizare actos sexuales diversos del acceso carnal

con persona menor de catorce 14 años o en su presencia, o la induzca a prácticas sexuales, incurrirá en prisión de nueve 9 a trece 13 años”

Artículo 7. El artículo 211 del Código Penal (Ley 599 de 2000) “Artículo 211. Circunstancias de Agravación Punitiva. Las penas para los delitos descritos en los artículos anteriores, se aumentarán de una tercera parte a la mitad, cuando:

1. La conducta se cometiere con el concurso de otra u otras personas.
2. El responsable tuviere cualquier carácter, posición o cargo que le dé particular autoridad sobre la víctima o la impulse a depositar en él su confianza
3. Se produjere contaminación de enfermedad de transmisión sexual.
4. Se realizare sobre persona menor de catorce (14) años.
5. Se realizare sobre el cónyuge o sobre con quien se cohabite o se haya cohabitado, o con la persona con quien se haya procreado un hijo.
6. Se produjere embarazo.
7. Cuando la víctima fuere una persona de la tercera edad o, disminuido físico, sensorial, o psíquico”.

Con respecto a las leyes citadas anteriormente, cabe añadir que estas resumen de forma muy práctica quello que se busca promover por medio de este estudio; logrando identificar la existencia de desajustes a nivel de salud mental se pone en relieve la urgente necesidad de garantizar el derecho a la salud mental, a una debida atención sin importar que se encuentren reclusas en Centros penitenciarios. Todo con el fin de alcanzar la resocialización y disminuir la taza de trastornos mentales en las carceles de Colombia.

### **3. CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO**

En este apartado se realiza una descripción de los mecanismos utilizados para el análisis del fenómeno que se pretende investigar (métodos, técnicas o procedimientos para aplicar); Por lo cual, se hace mención de:

#### **3.1. Enfoque de la investigación**

La investigación, es de tipo cuantitativo; definida por Hernández, Fernández y Batipsta (2014) como la que “usa recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento y probar teorías”(p.4), se buscan datos confiables acerca de la existencia de aspectos que perturban la salud mental (trastornos de personalidad) en las personas privadas de la libertad, por medio de una serie de técnicas y/o instrumentos medibles y cuantificables relacionados con las variables en el contexto donde esta destinada la investigación

#### **3.2. Tipo de investigación**

Con alcance descriptivo, siendo el alcance según Hernández, Fernández y Batipsta (2014) un aspecto de gran importancia, que permite establecer los límites conceptuales y metodológicos, a su vez menciona: “los estudios descriptivos son aquellos que buscan especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población” (p.92). Por lo anterior cabe mencionar la finalidad del actual proyecto, siendo esta identificar la existencia de trastornos de personalidad en la población privada de la libertad, describir los mismos y luego someterlos a un análisis, es decir, se busca únicamente medir o recoger información sobre la variable a las cual se hace referencia.

### **3.3. Diseño de investigación**

Posee un diseño no experimental transversal, de campo. Cuando se hace referencia al diseño de la investigación es importante añadir la definición según Hernández, Fernández y Batipsta (2014): “El plan o estrategia que se desarrolla para obtener información que se requiere en una investigación y responde al planteamiento del problema”(p.128). Se realiza sin la manipulación deliberada de variables y solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos debido a que no es posible manipularlos, no se tiene control directo de la problemática. En el no experimental existen dos tipos, transeccional o transversal y longitudinal, siendo la primera, parte del diseño de la actual investigación, definida por los mismos autores como “aquella en donde se recopilan datos en un momento único” (p.154), la intención es describir las variables y analizarlas teniendo en cuenta el contexto en que se están desarrollando. Se denomina de campo debido al acercamiento con el lugar donde acontece el fenómeno.

### **3.4. Población**

La población, definida de Lepkowski, (2008) citado en Hernández Fernández y Baptista (2014) como el “conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones” (p.174), comprende a las personas privadas de la libertad (PPL) del establecimiento penitenciario y carcelario de alta y mediana seguridad en la ciudad de Valledupar, que se encuentren condenados por delitos de abuso sexual.

### **3.5. Muestra/censo**

Según Hernández, Fernández y Batipsta (2014) la muestra es “un subconjunto del universo o población del cual se recolectan los datos y que debe ser representativo de está” (p.173). No obstante es necesario mencionar que en la presente investigación no se realizará el proceso de muestreo, se hará uso del censo en las personas privadas de la libertad condenados por delito

relacionados con el abuso sexual del establecimiento penitenciario y carcelario de alta y mediana seguridad en la ciudad de Valledupar.

### **3.6. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos**

Definido por Hernández, Fernández y Batipsta (2014) como “ la elaboración de un plan detallado de procedimientos que conduzcan a reunir datos con un proposito especifico”. (p.198)

#### **3.6.1. Técnicas.**

Se hace uso de la tecnica de entrevista semiestructurada definida por Hernández, Fernández y Batipsta (2014) como “aquellas que se basan en una guía de asuntos o preguntas y en donde el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información”. Por medio de esta tecnica se realizara la aplicación de los instrumentos aplicados a contiución.

#### **3.6.2. Instrumento.**

Según Hernández Fernández y Batipsta (2014) un instrumento de medición es el “Recurso que utiliza el investigador para registrar información o datos sobre las variables que tiene en mente”(p.199). Por lo cual, cabe mencionar aquellos instrumentos de los cuales se pretende obtener la informacion requerida.

- Ficha sociodemográfica: instrumento elaborado por las autoras del estudio, constando el mismo de diversos ítems, en busca de la obtención de información básica acerca del entorno en el cual creció el individuo. Abarca variables tales como el sexo, la edad, el nivel de escolaridad, el ingreso familiar, las características del hogar, entre otros; de esta manera se busca establecer un perfil sociodemográfico y socio económico de los mismos.

- **MCMI-III:** inventario clínico multiaxial de Millón; instrumento de evaluación psicopatológica, trastornos de personalidad y síndromes clínicos; es muy utilizado en la psicología clínica y la Psicología jurídica, validada empíricamente, relevante y fiable para apoyar el diagnóstico de psicólogos y otros profesionales de la salud mental. El MCMI-III se basa en el modelo de estilos de personalidad de Theodore Millón. Consta de 175 ítems con formato de respuesta Falso/Positivo; las escalas abarcan aspectos tales como: **patrones clínicos de personalidad** (esquizoide, evitativo, dependiente, histriónico, narcicista, antisocial, compulsivo, agresivo, autodestructivo) **patología grave de la personalidad** (esquizotípico, límite, paranoide) **los síndromes clínicos en general** (trastorno de ansiedad, trastorno somatomorfo, trastorno bipolar, trastorno dismítico, dependencia del alcohol, dependencia de sustancias, trastornos de estrés posttraumático) **los síndromes clínicos graves** (trastorno de depresión mayor, trastorno del pensamiento, trastorno delirante) **y los índices modificadores** (sinceridad, deseabilidad social, devauación, validez).

### 3.6.3. Validez.

Según Osma, Botella y García (S.f) El MCMI-III ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas: los coeficientes alpha varían entre 0.65 y 0.88 en la muestra española; los índices de fiabilidad test-retest presentan valores entre 0.82 y 0.96, siendo la mediana del coeficiente de estabilidad 0.91. Con respecto a la validez, se obtienen puntuaciones satisfactorias tanto en validez criterial, empleando jueces diagnósticos experimentados, como en validez concurrente (Salamanca, Vega y Niño, 2014, p. 441).

Para la confirmación de la confiabilidad y validez del inventario Clínico Multiaxial de Millon-III, se llevó a cabo la revisión de una investigación realizada por González y Vera (2015)

en la Universidad de San Buenaventura, Bogotá (Colombia). El objetivo general del presente estudio fue validar el “Cuestionario exploratorio de la personalidad” (CEPER-III; Caballo et al., 2011) en una muestra colombiana. Como objetivos específicos se pretendía: 1) evaluar la validez convergente del CEPER-III con el “Inventario clínico multiaxial de Millon” (Millon Clinical Multiaxial Inventory-III, MCMI-III); ésta fue aplicada en una muestra general de 565 colombianos, se equilibró la secuencia de aplicación de tal manera que en la mitad de los casos se aplicaba primero el CEPER-III y luego el MCMI-III y en la otra mitad se invertía este orden.

Los coeficientes alfa de Cronbach de las escalas oscilaron entre 0,75 y 0,87, indicando una adecuada consistencia interna. Las correlaciones de Pearson obtenidas entre los estilos (subescalas) del CEPER-III y los trastornos (subescalas) del “Inventario clínico multiaxial de Millon” (Millon Clinical Multiaxial Inventory-III, MCMI-III; Millon, Davis y Millon, 2007) oscilaron entre 0,40 y 0,70, apoyando la validez convergente del CEPER-III.

Posteriormente los resultados reflejan que existe una satisfactoria fiabilidad, una alta consistencia interna y confirman la validez del constructo del instrumento. Por lo tanto, se concluye en este apartado que con base en los dos estudios mencionados con respecto a la fiabilidad y validez del MCMI-III, es evidente que este inventario es un instrumento válido para evaluar, de forma rápida y fiable, la variable de esta investigación.

### **3.6.4. Confiabilidad.**

#### ***3.6.4.1. Consistencia interna.***

La consistencia interna de una escala es una medida resumen del grado en el que los ítems correlacionan entre sí. Generalmente se evalúa mediante el estadístico alfa de Cronbach, la media de todas las posibles fiabilidades del método de las dos mitades. En general, es deseable la

obtención de coeficientes elevados, aunque si son demasiado altos podrían indicar que la escala está como puesta de ítems que virtualmente son reformulaciones unos de otros. En la muestra original, los coeficientes alfa de Cronbach de las escalas clínicas oscilan desde 0,66 para la escala 7 (Compulsivo) hasta 0,90 para la escala CC (Depresión mayor). Los valores de los coeficientes alfa superan 0,80 en 20 de las escalas.

Los coeficientes alfa de Cronbach en la muestra de tipificación española (N=964) oscilan desde 0,65 en la escala 7 (Compulsivo) hasta 0,88 en la escala CC (Depresión mayor) y entre 0,71 y 0,88 para las escalas de síndromes clínicos. En general, los coeficientes alfa de Cronbach obtenidos en población española son muy similares a los obtenidos en población estadounidense. Únicamente hay una mayor diferencia en los valores obtenidos en la escala B (Dependencia del alcohol), en la escala 1 (Esquizoide) y en la escala 3 (Dependiente).

#### ***3.6.4.2. Fiabilidad test-retest.***

Se aplicó el MCMI-II-R por segunda vez a 87 personas a los 5-14 días de la primera aplicación. Los datos obtenidos de esta segunda aplicación se emplearon para estimar la fiabilidad test-retest de las escalas MCMI-III. Los resultados oscilan desde 0,82 en la escala Devaluación (Escala Z) a 0,96 en la escala Somatomorfo (escala H). La mediana del coeficiente de estabilidad fue de 0,91, lo que implica que los resultados del MCMI-III son muy estables en cortos periodos de tiempo.

### **3.7. Técnicas de análisis de datos**

Se realiza un análisis de datos por medio de la estadística descriptiva para cada variable, para ello se necesita describir los datos, los valores o las puntuaciones obtenidas para cada variable y así se logra describir la distribución por puntuación o por frecuencias de cada variable. Siendo esta técnica para Hernández, Fernández y Batipsta (2014) “Una distribución de

frecuencias es un conjunto de puntuaciones respecto de una variable ordenadas en sus respectivas categorías y generalmente se presenta como una tabla” (p.282 ).

### **3.8. Consideraciones éticas de la investigación y consentimiento informado**

En el presente apartado, se abordaran los aspectos relacionados con las conductas éticas en el investigador, teniendo en cuenta que los sujetos que participaron en ella son seres humanos con derechos, merecedores de respeto y responsabilidad. Por esta razón, la relación entre el investigador y los participantes debe estar medida por la verdad y deben tener una participación libre y autónoma.

El Colegio colombiano de psicólogos, (2014) menciona que “el comportamiento ético del psicólogo nace de la convicción de estar promoviendo el bien de sus usuarios, evitándoles todo mal posible, asegurando su autonomía y evitándoles toda forma de discriminación”. (p.) Es por ello que la Ley 1090 de 2006 recoge sin vacilación como principios éticos de los psicólogos en Colombia los propuestos por el código ético y deontológico son: beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia o la responsabilidad unida a cada uno de ellos; ligado a la defensa de la Dignidad Humana.

Según Drane (2004) citado por Carvajal, H (2011) “ la ética de la investigación es la generación de objetivos, políticas, leyes y estándares que deben respetarse, ya que en ellas intervienen directamente seres humanos” (p.p 62-63). Parte de los derechos que tienen los participantes, es decidir voluntariamente si harán parte de la investigación, garantizarles total confidencialidad, anonimato y poder retirar su colaboración en cualquier momento si así lo desean, quedando esto último plasmado en el consentimiento informado, siendo definido por el Colegio colombiano de psicólogos, (2014) como “ la consecuencia lógica del proceso comunicativo en el que se consigna lo que el psicólogo va a hacer y el permiso que el usuario le

otorga al psicólogo para que lo haga”. a su vez añade cuatro componentes de los que consta un consentimiento informado, siendo estos los siguientes:

- Proceso de dialogo mediante el cual el psicologo le informa a su usuario de manera clara y detallada acerca de los procedimientos, tecnicas y estrategias que seguira en su evaluación, diagnostico o tratamiento, sobre sus previsibles resultados y los efectos colaterales adversos que se pudieran presentar, asi como las posibles alternativas de propuestas del psicologo.
- Es el ejercicio dialógico que le permite al usuario comprender lo que el psicólogo va a hacer y al psicólogo tener certeza de que el usuario le ha comprendido.
- Es la manifestación espontánea, clara y libre de cualquier presión o de vicios del consentimiento del usuario, para que el psicólogo pueda actuar. Es el procedimiento en conjunto, llevado a cabo entre psicólogo y usuario el que permite la materialización del acuerdo y la firma del mismo.

Teniendo en cuenta lo anterior, el consentimiento redactado para llevar a cabo el presente estudio, conta de los siguientes componentes:

- Titulo de la investigacion y personas que la realizan.
- Objetivo, en el cual se expresa el principal que es identificar por medio de una serie de tecnicas e instrumentos la presencia de Trastornos de Personalidad.
- Procedimiento, el cual menciona los nombres y momentos en el que se aplicaran las tecnicas e instrumentos.

- Beneficios, haciendo hincapie en que no seran de tipo monetario, sino que se busca aportar datos que permitan promover la atención de la salud mental en centros penitenciarios.
- Confidencialidad, mencionando que la identidad y los resultados individuales seran usados de manera confidencial y unicamente con fines academicos.
- Riesgos potenciales y compensacion, en el cual se aclara que ambas son nulas, ya que no involucra ningun peligro para su salud mental o fisica, que es voluntario y que puede negarse a participar en cualquier momento, a su vez se plasma que no recibira pago alguno y tampoco tendra costo alguno.

En ultima instancia se añade que los investigadores tienen derecho de realizar publicacion de los resultados en medios de comunicación academicos, como revistas, seminarios, foros, etc. Finalmente se procede a la firma.

### **3.9. Sistema de variables**

Según Arias (2012) una variable es “aquella característica o cualidad; magnitud o cantidad, que puede sufrir cambios, y que es objeto de análisis, medición, manipulación o control en una investigación” (p.57).

#### **3.9.1. Variable nominal.**

Trastornos de personalidad

#### **3.9.2. Variable conceptual.**

Los trastornos de personalidad según el DSM V (2014) son: “Patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; se trata de una fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo,

que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro”.

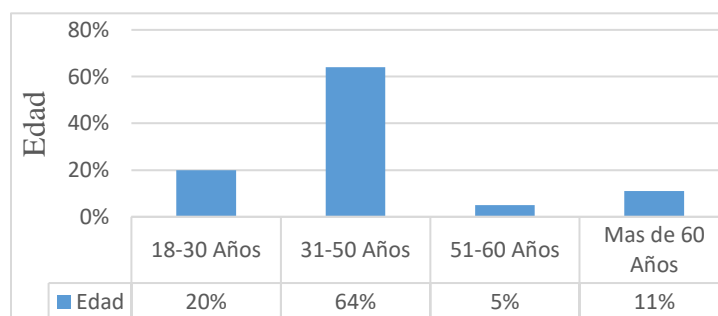
|   | VARIABLE                  | DIMENSION                     | INDICADORES  |
|---|---------------------------|-------------------------------|--|
| Caracterizar variables sociodemográficas en reclusos sentenciados por delitos de abuso sexual.  | Trastorno de personalidad | Variables sociodemográficas   | -Sexo<br>-Edad<br>-Escolaridad<br>-Estado Civil<br>-Lugar de procedencia<br>-Entre otros.  |
| Identificar trastornos de personalidad en reclusos sentenciados por delitos de abuso sexual.  |                           | Trastornos de personalidad    | -Paranoide<br>-Esquizoide<br>-Esquizotípico<br>-Antisocial<br>-límite<br>-Histriónica<br>-Narcisista<br>-Evasiva<br>-Dependiente<br>-Obsesivo-compulsivo.                        |
| Determinar los síndromes clínicos moderadamente graves y graves relacionados a los trastornos de personalidad en reclusos sentenciados por delitos de abuso sexual. |                           | Síndromes clínicos y severos. | -Ansiedad<br>-Somatomorfo<br>-Bipolar<br>-Distimia<br>-Dependencia de alcohol<br>-Dependencia de drogas<br>-Desorden del pensamiento<br>-Depresión mayor<br>-Desorden delusional |

## 4. CAPITULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

### 4.1. Análisis y discusión de los resultados

A lo largo de este capítulo se evidenciaron los resultados obtenidos a través de los instrumentos aplicados para dar respuesta a los objetivos de la investigación. Dichos resultados son mostrados por medio de figuras. Es necesario añadir que las personas privadas de la libertad escogidas de forma intencional fueron aquellas condenadas por delitos de abuso sexual; siendo estas en total 67 de las cuales 55 aceptaron colaborar en el proceso; teniendo en cuenta el método de interpretación del instrumento utilizado (MCMI-III) este posee unas variables de validez y confiabilidad que permite determinar el grado de sinceridad con el cual fueron respondidos los incisos; debido a que las puntuaciones no fueron las más favorables en algunos casos y siguiendo las pautas del manual, se invalidaron 6 instrumentos aplicados, quedando 49 instrumentos en total, de los cuales hubo 8 que solo presentaron rasgos de personalidad clínicamente significativos, por ende solo se presentan los resultados de los 41 restantes que obtuvieron el puntaje válido para denominarlo TP.

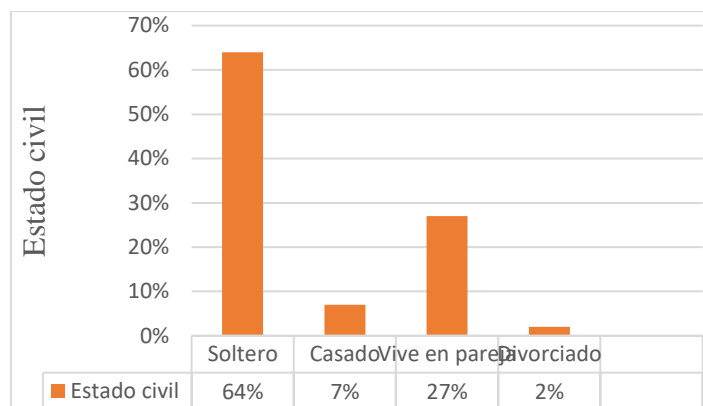
En respuesta al objetivo de caracterizar variables sociodemográficas en reclusos sentenciados por delitos de abuso sexual en el establecimiento penitenciario, se obtuvo la siguiente información:



**Grafico 1. Edad**

**Fuente: Elaboración propia**

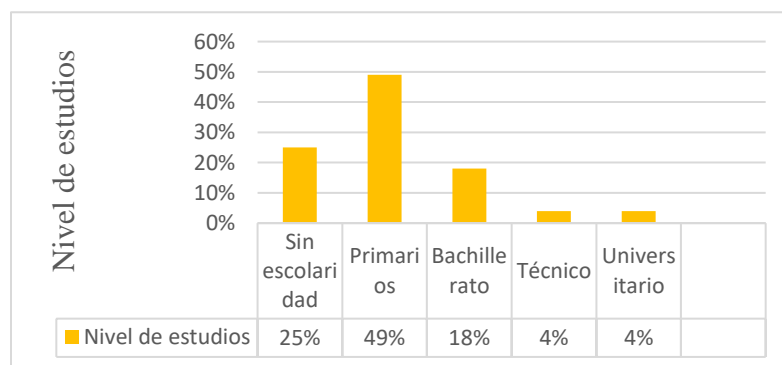
Se muestra en la figura N°1 que el 64% de la edad de los sujetos encuestados oscila en el intervalo de 31 a 50 años, el 20% se encuentra en el intervalo de 18 a 30, seguido del 11% que está en el intervalo de más de 60 años y finalmente el 5% que se encuentra en el intervalo de 51 a 60.



**Grafico 2. Estado civil**

**Fuente: elaboración propia.**

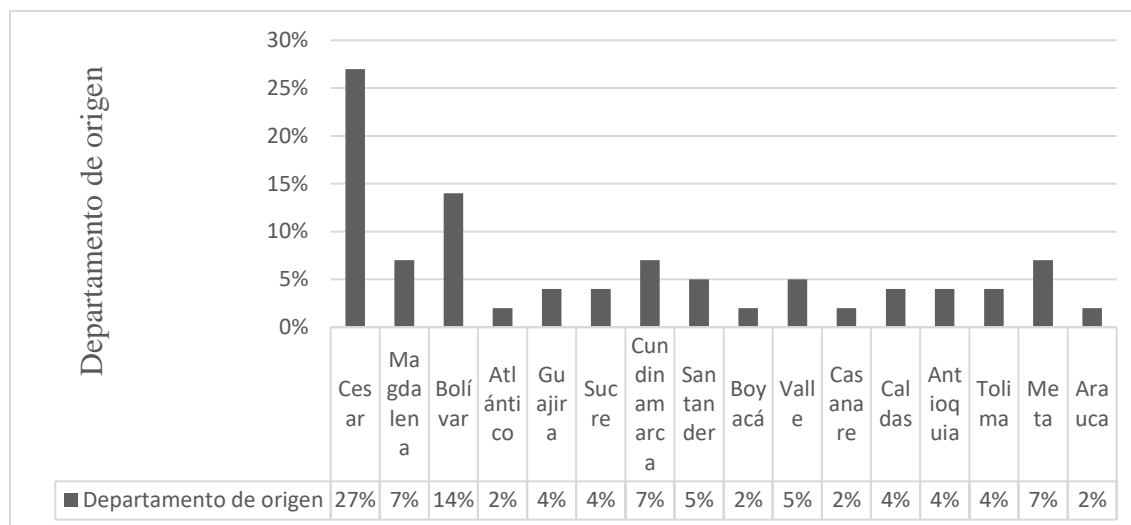
Se refleja en la figura N° 2 lo manifestado por los sujetos encuestados con respecto a su estado Civil; en el cual un 64% es soltero, el 27% vive en pareja, seguido del 7% que son casados y por ultimo un 2% divorciado.



**Grafico 3. Nivel de estudios**

**Fuente: Elaboración propia**

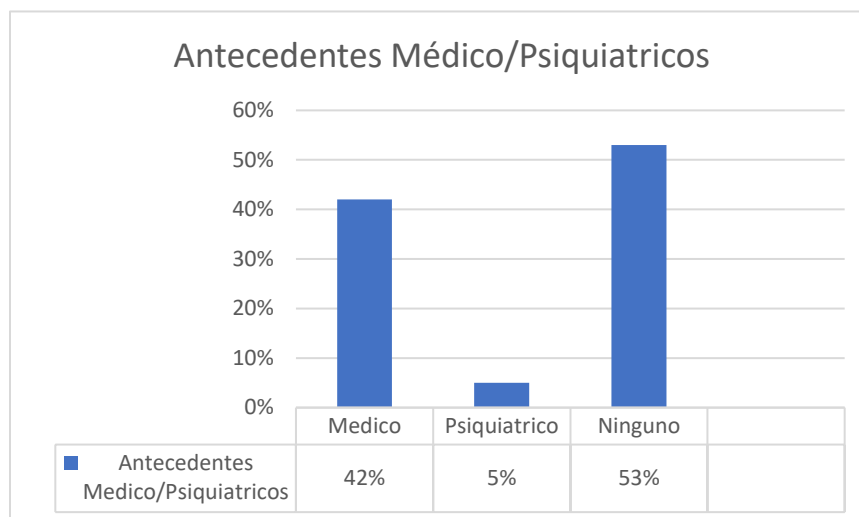
Se muestra en la figura N° 3 el nivel de escolaridad de los sujetos encuestados, en el cual un 49% manifestó haber cursado únicamente hasta los estudios primarios, el 18% llegó hasta estudios de bachillerato, añadiendo un 4% con estudio Técnico; seguido del 4% con estudios Universitarios y finalmente un 25% sin escolaridad.



**Grafico 4. Departamento de origen**

**Fuente: Elaboración propia**

Se refleja en la figura N° 4 que el 27% de los sujetos encuestado son del departamento del Cesar, el 14% del departamento de Bolívar, seguido del 7% en el departamento de Magdalena, de igual forma un 7% del departamento de Cundinamarca; a su vez, el departamento de Meta cuenta con el 7% de las personas encuestadas; quedando departamentos como Santander con un 5%, Valle con un 5%, Guajira con un 4%, Sucre con un 4%, Caldas con un 4%, Antioquia con un 4%, Tolima con un 4%, Atlántico con un 2%, Boyacá con un 2%, del mismo modo Casanare con un 2% y Arauca con un 2%.



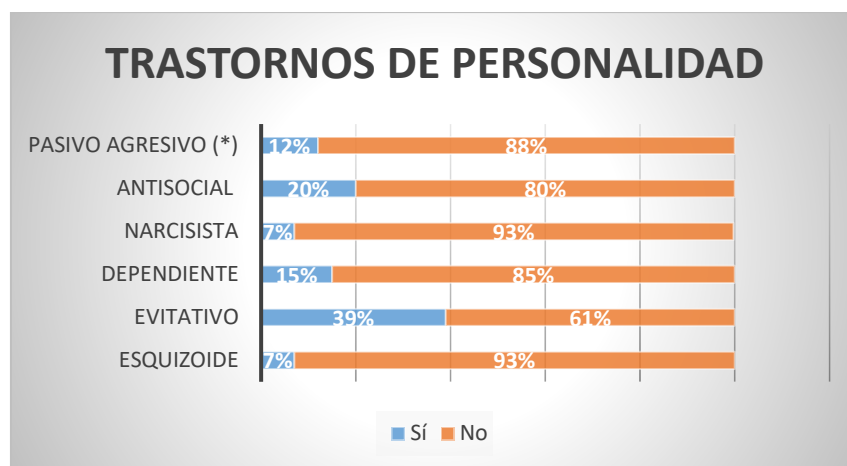
***Grafico 5. Antecedentes médicos/psiquiátricos***

***Fuente: elaboración propia.***

Por medio de la figura N° 5 se evidencia que el 53% de los sujetos encuestado manifestó no poseer antecedentes médicos/psiquiátricos; seguido del 42% que tiene diagnosticadas enfermedades médicas y finalmente el 5% manifiesta tener diagnósticos psiquiátricos.

Con base en la anterior información, se concluye que los 41 sujetos encuestados son de sexo masculino, con edades entre 18 y 60 años, solteros o en unión libre, la mayoría con niveles de estudios básicos (primaria y bachiller), provenientes de diversos lugares del país, con antecedentes médicos, procedentes de entornos familiares/sociales que pueden afectar en gran medida la salud mental y desarrollar conductas delictivas. El delito que los caracteriza se considera uno de los delitos más delicados dentro del contexto carcelario, están expuestos constantemente a agresiones, rechazo, entre otros; lo que genera en ellos unos elevados niveles de ansiedad, introversión, aislamiento y un pensamiento en algunos casos delirantes debido a que consideran en todo momento que les quieren hacer daño.

En referencia al segundo objetivo, el cual consiste en identificar los trastornos de personalidad en reclusos sentenciados por delitos de abuso sexual en el establecimiento penitenciario; la información que se obtuvo fue la siguiente:

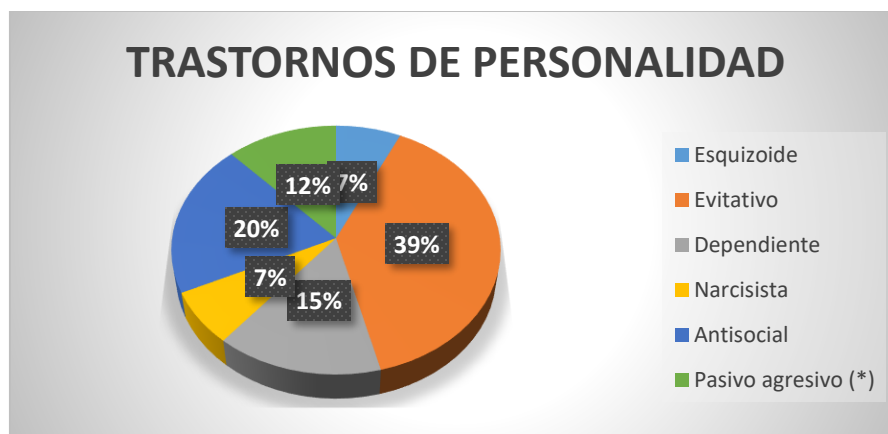


***Grafico 6. Trastornos de personalidad 1***

***Fuente: elaboración propia.***

(\*) Pasivo agresivo; trastorno que hizo parte del DSM-IV

De acuerdo a la figura N°6 se observa que del 100% de los sujetos encuestados, el 93% no obtuvo las puntuaciones que denominaban el trastorno esquizoide de la personalidad, el 88% no las obtuvo para el trastorno pasivo agresivo, a su vez el 85% no puntuó para el trastorno dependiente, seguido del 80% que tampoco las obtuvo para el trastorno antisocial y finalmente el 61% de los sujetos encuestado no arrojó un puntaje válido para denominarlo trastorno de la personalidad evitativo.



***Gráfico 7. Trastornos de personalidad 2***

***Fuente: elaboración propia.***

Se plasman en la figura N° 7 las patologías predominantes para denominarse trastornos de personalidad teniendo en cuenta el rango estipulado. El 39% de los sujetos a los cuales se les aplicó el instrumento clínico arrojaron las puntuaciones más altas en el trastorno evitativo, un 20% en el trastorno antisocial, a su vez el 15% en el trastorno dependiente, un 12% en el trastorno pasivo-agresivo, seguido del 7% en el trastorno esquizoide y finalmente el 7% en el trastorno narcicista.

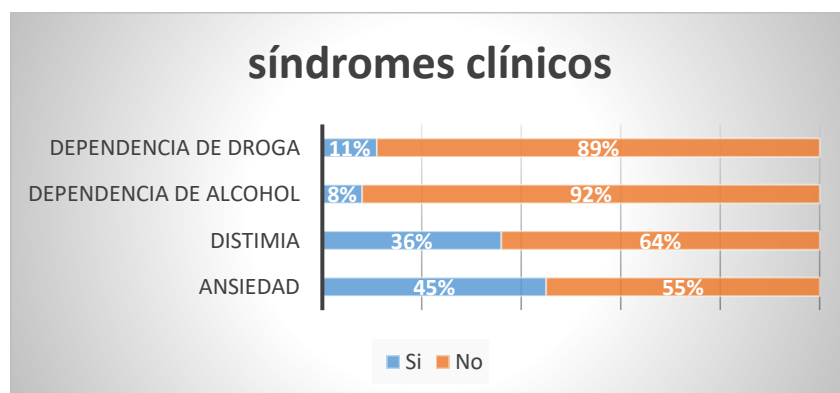
Tomando de referencia los dos trastornos que prevalecieron en un mayor número de sujetos (evitativo-antisocial) y sin dejar de lado los otros cuatro también considerados patológicos, cabe mencionar que los presentes resultados coinciden con la investigación realizada por (Celedon, 2014) titulada Trastornos de personalidad con personas que han cometido delitos agravados; entre los TP más frecuentes que encontraron está el antisocial, narcicista, esquizoide, dependiente y evitativo.

De igual forma, coincide con la investigación que Mariani (2015) realizó, titulada: Teoría de la mente y trastornos de personalidad en personas privadas de la libertad, debido a que uno de los TP más predominantes fue el antisocial, siendo este también uno de los que obtuvo mayor

puntuación en los presentes resultados. Esto nos indica que la existencia de personas aquejadas por enfermedades mentales en los establecimientos penitenciarios es una realidad en Colombia, dicha realidad es sustentada por medio de los estudios previos plasmados con anterioridad, incluyendo este que confirma dicha problemática.

El trastorno de personalidad evitativo coincide con las impresiones diagnósticas llevadas a cabo a través de los encuentros con los sujetos objeto de estudio, la gran mayoría son personas inhibidas, no se relacionan de forma adecuada con quienes se encuentran a su alrededor, temen demasiado a las impresiones negativas que puedan llegar a tener de ellos, debido a eso tratan de mantener el delito por el cual se encuentran allí en la mayor confidencialidad posible, teniendo en cuenta que los delitos relacionados al abuso sexual generan mayor “indignación” dentro del contexto carcelario y por lo cual, como se mencionó anteriormente, son rechazados. Según la escala de los síndromes clínicos, poseen altos niveles de ansiedad, aspecto directamente relacionado con el miedo y la idea de estar en constante peligro.

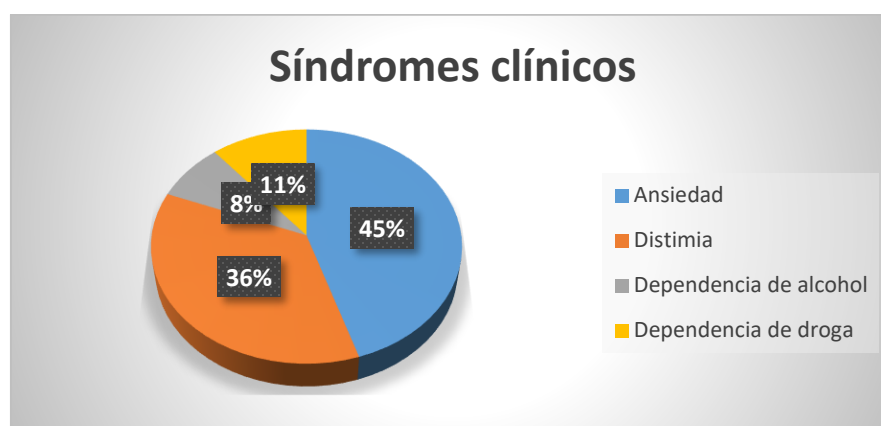
Teniendo en cuenta tercer objetivo, el cual consiste en determinar los síndromes clínicos y severos de reclusos sentenciados por delitos de abuso sexual en el establecimiento penitenciario, los resultados son los siguientes:



***Grafico 8. Síndromes Clínicos 1***

***Fuente: elaboración propia.***

Según la figura N°8 del 100% de los sujetos encuestados un 92% no arrojó la puntuación dentro del rango estipulado determinando la dependencia de alcohol, así mismo el 89% no obtuvo la puntuación que identifica síndromes relacionados a la dependencia de drogas, seguido del 64% de los sujetos que no presentaron síndromes de distimia y finalmente un 55% que no presentó síndromes de ansiedad.



***Grafico 9. Síndromes clínicos 2***

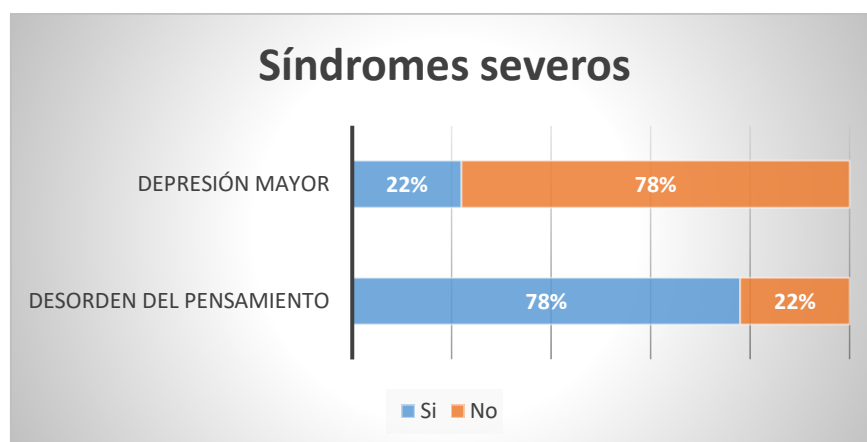
***Fuente: elaboración propia.***

Por medio de la figura N° 9 se observan los síndromes clínicos que obtuvieron la puntuación promedio para indicar su prominencia, en ellos encontramos que en el 45% de los sujetos encuestados el síndrome clínico que predomina es la ansiedad, a su vez en un 36% la distimia, seguido del 11% con una dependencia de drogas y, finalmente un 8% con dependencia de alcohol.

Según lo plasmado anteriormente, el síndrome clínico con mayor prevalencia fue la ansiedad, caracterizada por un estado generalizado de tensión que se manifiesta por la incapacidad de relajarse, tener movimientos nerviosos y la tendencia a reaccionar y a sobresaltarse fácilmente, también es característico el malestar somático (Millon, 2007, p. 42).

seguido de la distimia, siendo este un trastorno afectivo crónico persistente durante al menos dos años en adulto y uno en adolescentes y niños. Se caracteriza por la presencia de estado de ánimo depresivo a lo largo de los días, durante la mayor parte del día. Estos dos trastornos van directamente relacionados con los trastornos de personalidad identificados, en el caso del evitativo, este va muy de la mano con la ansiedad, debido a la inhibición y falta de relaciones interpersonales, ocasionado en gran medida por el estado de tensión y nerviosismo que les genera la divulgación del delito por el cual están ahí, o el creer que en cualquier momento los pueden agredir por tal razón.

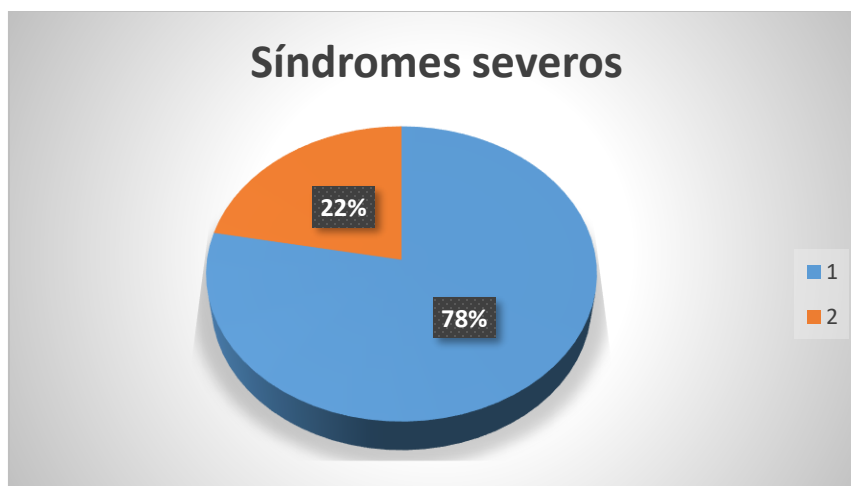
Los rasgos depresivos caracterizan a la gran mayoría de las personas privadas de la libertad, teniendo en cuenta todo lo negativo que implica estar allí; también es necesario tener en cuenta que la dependencia de drogas es otra característica en esta población, la toman como un “escape” o como una forma de “evitar” la realidad, lo que afrontan día a día.



***Grafico 10. Síndromes clínicos graves 1***

***Fuente: elaboración propia.***

Se evidencia por medio de la figura N°10 que del 100% de los sujetos a los cuales se aplicó el instrumento clínico el 78% no presentó síndromes severos de depresión mayor y el 22% restante no presentó síndromes severos de desorden del pensamiento.



***Gráfico 11. Síndromes clínicos graves 2***

***Fuente: elaboración propia.***

En la figura N° 11 se reflejan los síndromes clínicos severos que obtuvieron la puntuación promedio para indicar su prominencia. En ellos encontramos que en el 78% de los sujetos encuestados el síndrome severo que predomina es el desorden del pensamiento y en el 22% de los sujetos restantes el síndrome severo que predomina es la depresión mayor.

De acuerdo a lo anterior, el síndrome clínico que prevalece en un mayor número de personas es el desorden del pensamiento, el cual se caracteriza Según Millon y Davis (1998) porque este último sea “fragmentado o extraño. Los sentimientos pueden estar embotados, puede haber un penetrante sentido de ser incomprendido y aislado por los demás. También son notables las conductas retraídas, solitarias y secretas” (Hernández y Sanchez, 2007, p. 44) seguido el trastorno de depresión mayor siendo este un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia de un estado de ánimo triste y la disminución del placer en la mayoría de las actividades durante un período mínimo de dos semanas, durante casi todos los días, casi todo el día (American Psychiatric Association, 2014). Finalmente queda sin ninguna puntuación el desorden delusional (trastorno delirante) el cual hace parte de la subescala de los síndromes clínicos severos.

Tanto los síndromes clínicos como los clínicos severos evidenciados por medio de las figuras, son aquellos que indicaron según las puntuaciones su prominencia, teniendo esta última un punto de corte de 85 o más. Fue de gran importancia tener en cuenta estos aspectos que indican de una u otra forma las altas probabilidades de que existan los mismos. Como se ha mencionado a lo largo de este capítulo, estos resultados tienen relación con lo descrito anteriormente, son personas solitarias, con miedo a ser rechazados, con miedo a las percepciones negativas en cuanto a ellos, se aíslan y evitan al máximo las relaciones interpersonales, con un estado de ánimo decaído, agrupando en sí los trastornos de personalidad identificados y los síndromes que prevalecieron.

De los 49 instrumentos aplicados, 41 sujetos tuvieron la puntuación de 85 o más, por lo cual es considerado una patología suficientemente predominante para denominarse Trastorno de personalidad. 7 sujetos tuvieron la puntuación entre (75-85) lo que indica que poseen rasgos de personalidad clínicamente significativos, como los niveles en las escalas no son tan elevados no los denominan trastornos de personalidad. Un sujeto restante obtuvo la puntuación menor a 75 indicando esto que no cumple con ninguna de las dos variables mencionadas anteriormente.

Teniendo clara la anterior información, se procede a añadir lo siguiente: se pudo evidenciar que la existencia de trastornos de personalidad es una realidad. No se hace referencia a un diagnóstico comprobado, debido a las limitaciones que posee el proceso, las cuales no permiten ir más allá de un acercamiento a la problemática, haciéndose necesario una evaluación más exhaustiva; no obstante, la información arrojada a través de los instrumentos y técnicas, permite tener herramientas que corroboran el alto índice de probabilidad en cuanto al desencadenamiento o existencia previa a la reclusión de TP.

Los resultados del estudio, en general, muestran que el trastorno que arrojó puntuaciones más altas en un mayor número de personas fue el evitativo, siendo este un trastorno caracterizado por un patrón dominante de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa, comenzando en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos; va muy de la mano con síndromes clínicos como los evidenciados anteriormente (ansiedad, depresión, etc.); seguido de este, se encuentra el trastorno antisocial con el segundo porcentaje más alto en relación a la muestra, siendo este un trastorno caracterizado por un patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás, se produce desde los 15 años de edad y se manifiesta por medio de diferentes comportamientos entre ellos el incumplimiento de las normas sociales, irritabilidad y agresividad, impulsividad, irresponsabilidad constante, ausencia de remordimiento, entre otros.

Los sujetos que obtuvieron el puntaje mayor a 85 son un grupo dentro de toda la población privada de la libertad que presenta síndromes clínicos (trastornos relacionados a determinados trastornos de personalidad) tales como la ansiedad, alteraciones en el estado del ánimo, dependencia de drogas, depresión mayor, desorden del pensamiento, más psicopatología y alteraciones de la personalidad, lo cual se evidencia en los resultados arrojados por el MCMI-III, requiriendo todas estas características de una atención por parte del equipo interdisciplinario con que cuente la institución y suponiendo un reto para lograr los procesos de reinserción y reeducación, todas estas problemáticas suponen un ambiente más hostil que perjudica tanto a los privados de la libertad como a los funcionarios del establecimiento.

## 4.2. Conclusiones

Los resultados de este estudio son un argumento sumado a todos aquellos que corroboran lo estipulado dentro de la problemática, la presencia de desajustes a nivel de salud mental en la población carcelaria; haciendo hincapié en los trastornos de personalidad evidenciados. Constituyendo este un preocupante problema de salud, dejando claro la necesidad de implementar estrategias de evaluación e intervención especializada que permitan la prevención y disminución de aspectos que no aporten a los procesos de reinserción social y aumenten la tasa de enfermedades mentales en Colombia dentro del contexto carcelario, dificultando los procesos de adaptación y en algunos casos desencadenar la reincidencia.

Los sujetos objeto de estudio son de sexo masculino en su totalidad, condenados por delitos de abuso sexual dentro de los cuales se encuentra el acceso carnal violento, acceso carnal abusivo con menor de catorce años, acto sexual violento, acto sexual con menor de catorce años, acto sexual o acceso carnal con persona incapaz de resistir, entre otros. Proviene de distintos departamentos del país, pero la mayoría son del departamento del Cesar, tienen un nivel bajo de estudios, la mayoría solo curso la básica primaria, son personas sin una familia conformada, en su mayoría solteros y provenientes de entornos familiares y sociales disfuncionales.

Por medio de las técnicas e instrumentos, se identificaron impresiones diagnósticas con respecto a los trastornos de personalidad, dentro de los cuales se encontró en primer lugar el trastorno evitativo de la personalidad, le sigue el trastorno antisocial, de igual forma el trastorno dependiente, el trastorno pasivo agresivo, seguido del narcisista y finalmente el trastorno esquizoide. Dichos trastornos cumplieron con las puntuaciones establecidas dentro de los parámetros del instrumento que los denomina patología y se acercan a la presencia de trastornos.

Los trastornos mencionados anteriormente permitieron a su vez determinar síndromes clínicos que van relacionados con la presencia de TP, estando estos divididos como síndromes clínicos y síndromes severos, prevaleciendo en los clínicos la ansiedad en la mayoría de los sujetos, seguido de la distimia (forma de depresión moderada) y finalmente con una pequeña prevalencia la dependencia de drogas y alcohol. Así mismo dentro de los severos predomina el desorden del pensamiento (personas que clasifican como esquizofrénicos, esquizofreniformes, como padeciendo una breve “psicosis de ansiedad”), seguido de la depresión mayor.

Los resultados alcanzados en el estudio no están exentos de limitaciones que abren la posibilidad de nuevas investigaciones más exhaustivas en lo referente a esta problemática. Realizar un proceso de evaluación para llegar al diagnóstico certero requiere de mucho más tiempo y de la aplicación de técnicas como la entrevista en más de una ocasión. Por otro lado, la aplicación de un instrumento auto aplicado no es el más adecuado para establecer un diagnóstico de trastornos de personalidad, pero como se mencionó anteriormente es un acercamiento que dio los resultados esperados, que de una u otra forma afirmo la existencia de la problemática evidenciada en distintos establecimientos del país, incluyendo actualmente la penitenciaria de alta y media seguridad en la ciudad de Valledupar.

A pesar de estas limitaciones, el presente estudio pone en relieve los problemas psicológicos en este grupo de personas privadas de la libertad y muestra la necesidad de una adecuada planificación de los servicios de atención, asegurando su continuidad y la calidad de la misma, teniendo en cuenta la realidad en lo referente a la atención de la salud mental de los establecimientos penitenciarios en Colombia. Sería de gran interés que surgieran nuevas investigaciones que aborden más aspectos de la salud mental o que profundicen en cuanto a los

trastornos de personalidad, esto daría una visión más amplia a la vez de brindar herramientas permitan concientizar a los grupos especializados de lo primordial que sería actuar frente a ello.

### **4.3.Recomendaciones**

Partiendo de los resultados de esta investigación, se ve pertinente plasmar una serie de recomendaciones dirigidas a la institución de donde fue tomada la población, el establecimiento penitenciario y carcelario de alta y mediana seguridad en la ciudad de Valledupar (INPEC).

Siendo estas las siguientes:

- Contar con un equipo interdisciplinario especializado (Médicos, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, abogados) que articulen su trabajo y aborden desde las diferentes perspectivas la optimización de atenciones que busquen mantener un equilibrio en la salud física y mental de las personas privadas de la libertad.
- Desarrollar estrategias viables que permitan realizar procesos de evaluación e intervención que garanticen calidad y perdurabilidad en el tiempo.
- Mantener la implementación de los programas de promoción y prevención con los que cuenta la institución, a fin de propiciar espacios que promuevan la construcción de conocimiento, la reflexión, las habilidades sociales, buscando a través de estas la prevención de desajustes a nivel de salud mental.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Arias, F. (2012). El proyecto de investigación: introducción a la investigación científica. 6ª edición. Caracas Venezuela: Episteme C.A.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2004). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Washington, DC: Copyright.

Álvarez, M., Arévalo, N. y Godoy, E. (2015). *Características de personalidad en internos reincidentes*. Bogotá. (trabajo de grado Universidad Católica de Colombia). Recuperado de <https://repository.libertadores.edu.co/bitstream/handle/11371/152/AlvarezAngaritaManuelYesid.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Aparicio, M. (2001). Evaluación de la personalidad mediante el modelo de Theodore Millon. Madrid. (Trabajo de grado Universidad Complutense de Madrid) recuperado de [Webs.ucm.es/BUCM/tesis//psi/ucm-t25306.pdf](http://webs.ucm.es/BUCM/tesis//psi/ucm-t25306.pdf)

Bandera, A. (19 de febrero de 2018). *Persiste el abuso sexual contra menores en el Cesar*. El pilón. Recuperado de <https://elpilon.com.co/persiste-abuso-sexual-los-menores-cesar/>

Beck, A. y Freeman, A. (1995). Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad. *Versión digital: Juanchito*, p.13-15.

Belloch, A. (1995). *Manual de psicopatología*. Madrid: Mc-Graw-Hill.

Cardenal, V., Ortiz, M. y Sánchez, P. (2008). *Informe interpretativo del inventario clínico Multiaxial de Millon III*. Madrid: TEA ediciones, S.A

Camargo, Y., Vega, A. y Niño, s. (2014). *Relación entre patrones de personalidad patológica y ansiedad en estudiantes de psicología*. Colombia.

Carvajal, H. (2011). Ética en la investigación: desde los códigos de conducta hacia la formación del sentido ético. *Revista iberoamericana sobre calidad, eficacia y cambio en educación*. 9 (2), 61-78.

Celedon, J., Brunal, B. y Sánchez, A. (2014). Trastornos de personalidad en reclusos que han cometido delitos agravados, 16 (1), p.p 34-47. Recuperado de <https://dialnet.uniroja.es/servlet/articulo?codigo=5657595>

Colegio Colombiano de psicólogos. (COLPSIC, 2014). *Campo psicología clínica*. Bogotá.

Congreso de Colombia. (21 de enero de 2013). *Por medio del cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones*. [ley 1616 de 2013]. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>

Congreso de la república. (20 de enero de 2014). *Por medio del cual se reforman algunos artículos de la ley 65 de 1993, de la ley 599 de 2000, de la ley 55 de 1985 y se dictan otras disposiciones*. [ley 1709 de 2014]. Do: 49.039

Congreso de Colombia. (23 de julio de 2008). *Por medio del cual se modifican algunos artículos del código penal relativos a delitos de abuso sexual*. [ley 1236 de 2008]. Do: 47.059

García, C., Rodríguez, R. y Lorea, C. (2014). *La demografía desde el enfoque de l teoría general de sistemas*. *El científico frente a la sociedad*, 8(2), 66-70

González, C. y Vera, L. (2015). *Validación y propiedades psicométricas del cuestionario exploratorio de la personalidad-III. (CEPER-III) en Colombia*. Bogotá: behavioral psychology 23 (1), 51-64

Hernández, V. y Sánchez, M. (2007). *Adaptación y baremación española del manual clínico multiaxial de Millon*. Madrid: TEA ediciones. S.A

Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. 6ª edición. México D.C: interamericana editores S.A

Jiménez, M., Gallado, G., Villaseñor, T. y González, A. (2013). La distimia en el contexto clínico. *Revista española de psiquiatría: ELSEVIER*, 42(2). 161-236

Lagonell, M. (2012). Variables sociodemográficas según turno escolar en un grupo de estudiantes de educación básica: un estudio comparativo. *Revista de pedagogía*, 33(92), 235-269

Llinás, P. (2018). *Así es el tratamiento psiquiátrico en las cárceles de Colombia*. Bogotá: VICE Colombia.

Losada, V. (2012). *Epidemiología del abuso sexual infantil*. Argentina: revista de psicología GEPU, 3(1). 201-224

Mariani, F. (2015). *Teoría de la mente y trastornos de personalidad en personas privadas de la libertad*. Montevideo, Uruguay: Universidad de la república.

Meriño, M., Berenzon, S. y Medina, M. (2005). *Síndrome de dependencia de alcohol: comparación entre hombres y mujeres*. México D.F

ONU. (S.f). Diccionario demográfico multilingüe. *Departamento de estadística e investigación operativa*. 1-2.

Organización mundial de la salud (OMS. 2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Madrid, España.

Organización mundial de la salud. (2000). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid, España: panamericana.

Pulido, A., Ballén, M. y Quiroga, L. (2017). Funciones ejecutivas, estilos de personalidad y control de los impulsos en condenados por acceso carnal violento. Bogotá. (trabajo de grado Universidad Santo Tomás) recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v13n2/1794-9998-dpp-13-02-00169.pdf>

Zalaba, M. (2015). *Prevalencia de trastornos mentales en prisión: análisis de la relación con delitos y reincidencia*. Madrid, España. (tesis doctoral Universidad complutense de Madrid) recuperado de <https://eprints.ucm.es/35879/1/T36874.pdf>

# ANEXOS...

## CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

### INFORMACION PERSONAL

Fecha de diligenciamiento: Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_

1. N° de identificación:

2. Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

3. Fecha de Nacimiento: Día: \_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_ Año: \_\_\_\_

4. Procedencia: \_\_\_\_\_

5. Estado Civil:

1. Soltero: \_\_\_\_

2. Casado: \_\_\_\_

3. Unión Libre: \_\_\_\_

4. Viudo: \_\_\_\_

5. Divorciado: \_\_\_\_

6. De acuerdo a sus costumbres y tradiciones se considera:

1. Indígena: \_\_\_\_

2. Raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia: \_\_\_\_

3. Palenquero de San Basilio: \_\_\_\_

4. Negro, Mulato, Afrocolombiano, Afro descendiente: \_\_\_\_

5. Ninguna de las anteriores: \_\_\_\_

6. Otra etnia: \_\_\_\_

7. Personas que conforman su núcleo familiar:

1. Esposa e hijos: \_\_\_\_

2. Madre, Padre y Esposa: \_\_\_\_

3. Solo Esposa: \_\_\_\_

4. Solo hijos: \_\_\_\_

5. Madre y Padre: \_\_\_\_\_
6. Hermanos: \_\_\_\_\_
7. Otros: \_\_\_\_\_
8. Ninguno: \_\_\_\_\_

8. Número de Hermanos: \_\_\_\_\_

9. Número de Hijos: \_\_\_\_\_

## EDUCACIÓN

10. Nivel de escolaridad:

1. Sin escolaridad: \_\_\_\_\_
2. Primaria: \_\_\_\_\_
3. Secundaria: \_\_\_\_\_
4. Técnico: \_\_\_\_\_
5. Universitario: \_\_\_\_\_
6. Postgradual: \_\_\_\_\_

10.1. Título Obtenido: \_\_\_\_\_

10.2. Ocupación dentro del establecimiento: \_\_\_\_\_

11. Hace cuantos años aprobó el nivel y grado de educación:

12. Nivel de Escolaridad de Madre:

1. Sin escolaridad: \_\_\_\_\_
2. Primaria: \_\_\_\_\_
3. Secundaria: \_\_\_\_\_
4. Técnica: \_\_\_\_\_
5. Universitaria: \_\_\_\_\_
6. Postgradual: \_\_\_\_\_

**13. Nivel de escolaridad del Padre:**

1. Sin escolaridad: \_\_\_\_\_
2. Primaria: \_\_\_\_\_
3. Secundaria: \_\_\_\_\_
4. Técnico: \_\_\_\_\_
5. Universitario: \_\_\_\_\_
6. Postgradual: \_\_\_\_\_

## **LOCALIZACIÓN Y VIVIENDA**

**14. Nombre del Barrio o Vereda:**

\_\_\_\_\_

**15. Posee vivienda Propia: SI \_\_\_ NO \_\_\_** en caso de marcar si, responda:

Estrato: 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ Sin estrato \_\_\_

**16. Diagnóstico Médico:** \_\_\_\_\_

**17. Diagnóstico Psiquiátrico:** \_\_\_\_\_

**¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Valledupar, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Cordial saludo**

**Usted es cordialmente invitado a participar en la investigación:**

**“TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN RECLUSOS SENTENCIADOS POR DELITOS DE ABUSO SEXUAL EN EL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO Y CARCELARIO DE ALTA Y MEDIA SEGURIDAD EN LA CIUDAD DE VALLEDUPAR”** realizada por María Camila Silva y Luzkarime Fernández, estudiantes en práctica del programa de psicología de la Universidad Popular del Cesar, bajo la asesoría de la Psicóloga María Margarita Tirado.

**Constando del siguiente objetivo:**

**Objetivo:** La investigación se está realizando con participantes privados de la libertad del EPAMSCASVAL, siendo delimitados por delitos relacionados al abuso sexual. En particular, nos interesa analizar los trastornos de personalidad que se logren identificar por medio de una serie de procedimientos que permitan confirmar la existencia de dichos trastornos.

**Procedimientos:** usted participará en las diferentes fases de la investigación, junto con otros PPL, en la aplicación de las siguientes técnicas e instrumentos: Ficha sociodemográfica, entrevista semiestructurada y el cuestionario de análisis clínico (MCMI-III).

**Beneficios:** Se espera que esta investigación beneficie a la población mencionada, ya que por medio de los resultados de la misma se establecería un precedente con respecto a la problemática, el establecimiento contaría con bases que le permitan conocer hacia donde apuntar, una vez se inicien los procesos de intervención psicológica.

**Confidencialidad:** Su identidad y los resultados individuales serán usados de manera confidencial y únicamente con fines académicos, descartado cualquier uso económico, laboral o cualquier otro. Según lo exige el artículo 2 numeral 5 de la ley 1090 de 2006 al rol del psicólogo. Será utilizada únicamente con fines académicos y no estará disponible para ningún otro propósito.

**Riesgos potenciales/Compensación:** Los riesgos potenciales que implican su participación en la investigación son nulos. Si alguna de las preguntas o temas que se traten le hicieran sentir un poco incómodo(a), tiene el derecho de no comentar al respecto o retirarse voluntariamente del proceso. Es importante aclararle que no recibirá pago alguno y tampoco tendrá costo alguno para usted.

Los investigadores tienen derecho de realizar publicación en medios de comunicación académicos, como revistas, seminarios, foros, etc. Los resultados obtenidos en la investigación.

En relación a lo anterior, declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos de la investigación de proyecto de grado y del tipo de participación, la cual no involucra ningún daño

o peligro para mi salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento. Declaro saber que la información entregada será **confidencial, anónima** y será utilizada sólo para los fines académicos, también que será analizada por las responsables de la misma.

Para la aceptación de las condiciones señaladas, lo invitamos a diligenciar los siguientes datos.

Yo \_\_\_\_\_ identificado con CC \_\_\_\_\_ con  
\_\_\_\_\_ años de edad certifico que me fue socializado el objetivo y fines de la investigación, así como uso de los resultados de la misma y que será manejada con estricta confidencialidad. De igual manera certifico que mi participación sucede de manera libre y voluntaria.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**