



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:**

**“LOS NIVELES DE PSICOPATÍA Y LA SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA  
PSICOLÓGICA EN LOS INTERNOS PROCESADOS POR ABUSO  
SEXUAL EN EL CENTRO DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD DE  
PERSONAS ADULTAS EN CONFLICTO CON LA LEY”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica.

**Autora:** Pineda Hernández, Tannia Jeanette

**Tutor:** Psc.Cl. López Castro, Walter Javier

Ambato – Ecuador

Diciembre, 2015

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

**“LOS NIVELES DE PSICOPATÍA Y LA SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA PSICOLÓGICA EN LOS INTERNOS PROCESADOS POR ABUSO SEXUAL EN EL CENTRO DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD DE PERSONAS ADULTAS EN CONFLICTO CON LA LEY”**, de Pineda Hernández Tannia Jeanette, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Diciembre del 2015

EL TUTOR

---

Psc.Cl. López Castro, Walter Javier

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación **“LOS NIVELES DE PSICOPATÍA Y LA SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA PSICOLÓGICA EN LOS INTERNOS PROCESADOS POR ABUSO SEXUAL EN EL CENTRO DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD DE PERSONAS ADULTAS EN CONFLICTO CON LA LEY”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Diciembre del 2015

LA AUTORA

-----  
Pineda Hernández, Tannia Jeanette

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de esta tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre que esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Diciembre del 2015

LA AUTORA

-----  
Pineda Hernández, Tannia Jeanette

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el informe de Investigación sobre el tema **“LOS NIVELES DE PSICOPATÍA Y LA SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA PSICOLÓGICA EN LOS INTERNOS PROCESADOS POR ABUSO SEXUAL EN EL CENTRO DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD DE PERSONAS ADULTAS EN CONFLICTO CON LA LEY”**, de Pineda Hernández Tannia Jeanette, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Diciembre del 2015

Para constancia firma:

.....  
PRESIDENTE/A

.....  
1er VOCAL

.....  
2do VOCAL

## **DEDICATORIA**

*A ti Papi José, padre incondicional por apoyarme en este camino y la paciencia que has tenido en todos estos años, tu amor, tu apoyo, nobleza y más grande ejemplo de esfuerzo y dedicación. A mis hijos Ricardo e Isabella quienes me han enseñado a enfrentar mis retos y me han dado fortaleza ante mis derrotas. A mis hermanos, familiares y amigos que contemplan la exquisitez de la vida.*

**Tannia Pineda**

## **AGRADECIMIENTO**

*A Dios por haberme brindado la oportunidad de existir y permitirme llegar a cumplir esta meta tan anhelada. A mis padres que con su paciencia ejemplo y apoyo supieron guiar mi camino. A las personas que son parte de mi vida.*

**Tannia Pineda**

## ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDO

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDO.....	viii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I.....	3
EL PROBLEMA.....	3
1.1 TEMA.....	3
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN.....	3
1.2.2 ÁRBOL DE PROBLEMAS.....	7
1.2.3 PROGNOSIS.....	8
1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	9
1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES.....	9
1.2.6 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	9
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	10
1.4 OBJETIVOS.....	11
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	11
1.4.2 OBJETIVO ESPECIFICO.....	11
CAPÍTULO II.....	12
MARCO TEÓRICO.....	12
2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	12
2.2 FUNDAMENTACIÓN.....	15
2.2.1 FILOSÓFICA.....	15
2.2.2 EPISTEMOLÓGICA.....	15
2.2.3 SOCIAL.....	15
2.2.4 PSICOLÓGICO.....	16



2.2.5 LEGAL.....	16
2.3 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES .....	19
2.3.1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA VARIABLE INDEPENDIENTE .....	22
2.4 HIPÓTESIS .....	48
2.5 SEÑALAMIENTOS DE VARIABLES.....	48
<b>CAPITULO III .....</b>	<b>50</b>
<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>50</b>
3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN .....	50
3.2 MODALIDADES DE LA INVESTIGACIÓN.....	50
3.2.1 INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA. ....	50
3.2.2 INVESTIGACIÓN DE CAMPO.....	50
3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	51
3.3.1 ASOCIACIÓN DE VARIABLES.....	51
3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	51
3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	54
3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	58
3.7 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN .....	65
3.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.....	66
<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>68</b>
<b>ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....</b>	<b>68</b>
4.1 ANÁLISIS CUALI - CUANTITATIVO .....	68
4.1.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS PSICOPATÍA DE ROBERT D. HARE.....	68
4.1.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DEL INVENTARIO DE SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA SCL-90R .....	94
4.1.3 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS .....	107
<b>CAPITULO V.....</b>	<b>112</b>
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>112</b>
5.1 CONCLUSIONES .....	112
5.2 RECOMENDACIONES.....	113
<b>CAPITULO VI .....</b>	<b>114</b>
<b>PROPUESTA.....</b>	<b>114</b>
6.1 DATOS INFORMATIVOS .....	114
6.1.1 TEMA.....	114
6.1.2 INSTITUCIÓN EJECUTORA.....	114

<b>6.1.3 BENEFICIARIOS .....</b>	<b>114</b>
<b>6.1.4 UBICACIÓN.....</b>	<b>114</b>
<b>6.1.5 TIEMPO ESTIMADO PARA LA EJECUCIÓN .....</b>	<b>115</b>
<b>6.1.6 EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE .....</b>	<b>115</b>
<b>6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA .....</b>	<b>115</b>
<b>6.3 JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>116</b>
<b>6.4 OBJETIVOS .....</b>	<b>117</b>
<b>6.4.1 OBJETIVO GENERAL .....</b>	<b>117</b>
<b>6.4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO .....</b>	<b>117</b>
<b>6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD .....</b>	<b>118</b>
<b>6.5.1 OPERATIVA .....</b>	<b>118</b>
<b>6.5.2 TÉCNICA.....</b>	<b>118</b>
<b>6.6 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO TÉCNICA .....</b>	<b>118</b>
<b>6.7 METODOLOGÍA.....</b>	<b>131</b>
<b>7 MARCO ADMINISTRATIVO .....</b>	<b>140</b>
<b>7.1 RECURSOS .....</b>	<b>140</b>
<b>7.2 PRESUPUESTO .....</b>	<b>140</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>141</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>146</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 CASOS DE DELITO SEXUAL.....	25
TABLA 2 CASOS DE DELITO SEXUAL.....	51
TABLA 3 NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS RECLUSOS INTERNOS.....	52
TABLA 4 TIPO DE HOGARES DE PROCEDENCIA.....	53
TABLA 5 OPERACIONALIZACIÓN VARIABLES.....	55
TABLA 6 LOCUCIDAD.....	69
TABLA 7 EGOCENTRISMO.....	70
TABLA 8 NECESIDAD DE ESTIMULACIÓN.....	71
TABLA 9 MENTIRA PATOLÓGICA.....	72
TABLA 10 MANIPULACIÓN.....	74
TABLA 11 FALTA DE REMORDIMIENTO Y CULPABILIDAD.....	75
TABLA 12 ESCASA PROFUNDIDAD DE AFECTOS.....	76
TABLA 13 INSENSIBILIDAD.....	78
TABLA 14 ESTILO DE VIDA PARÁSITO.....	80
TABLA 15 FALTA DE CONTROL CONDUCTUAL.....	81
TABLA 16 CONDUCTA SEXUAL PROMISCUA.....	82
TABLA 17 PROBLEMAS DE CONDUCTA PRECOCES.....	83
TABLA 18 FALTA DE METAS REALISTAS.....	84
TABLA 19 IMPULSIVIDAD.....	85
TABLA 20 IRRESPONSABILIDAD.....	87
TABLA 21 INCAPACIDAD PARA ASUMIR ACCIONES.....	88
TABLA 22 RELACIONES MARITALES BREVES.....	89
TABLA 23 DELINCUENCIA JUVENIL.....	90
TABLA 24 REVOCACIÓN DE LA LIBERTAD CONDICIONAL.....	91
TABLA 25 VERSATILIDAD CRIMINAL.....	92
TABLA 26 RESULTADO GENERAL.....	93
TABLA 27 PREGUNTAS QUE COMPONEN LA ESCALA 1.....	94
TABLA 27 PREGUNTAS QUE COMPONEN LA ESCALA 2.....	95
TABLA 28 PREGUNTAS QUE COMPONEN LA ESCALA 3.....	96
TABLA 30 PREGUNTAS QUE COMPONEN LA ESCALA 4.....	98
TABLA 31 PREGUNTAS QUE COMPONEN LA ESCALA 5.....	99

TABLA 32 PREGUNTAS QUE COMPONEN LA ESCALA 6.....	100
TABLA 33 PREGUNTAS QUE COMPONEN LA ESCALA 7.....	101
TABLA 34 PREGUNTAS QUE COMPONEN LA ESCALA 8.....	103
TABLA 35 PREGUNTAS QUE COMPONEN LA ESCALA 9.....	104
TABLA 36 COMPONENTE DE LAS 9 ESCALAS .....	105
TABLA 37 ÍNDICES GLOBALES .....	106
TABLA 38 FRECUENCIA OBSERVADA.....	109
TABLA 39 FRECUENCIAS ESPERADAS .....	109
TABLA 40 CALCULO ESTADÍSTICO DE CHI-CUADRADO DE PEARSON .....	110

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 RELACIÓN CAUSA- EFECTO .....	7
GRÁFICO 2 CATEGORIZACIÓN DE VARIABLES – RED DE INCLUSIÓN .....	19
GRÁFICO 3 LLUVIA DE IDEAS VARIABLE INDEPENDIENTE.....	20
GRÁFICO 4 LLUVIA DE IDEAS VARIABLE DEPENDIENTE.....	21
GRÁFICO 5 CONDUCTA ANORMAL.....	35
GRÁFICO 6 PSICOPATOLOGÍA .....	39
GRÁFICO 7 LOCUCIDAD .....	69
GRÁFICO 8 EGOCENTRISMO.....	70
GRÁFICO 9 NECESIDAD DE ESTIMULACIÓN.....	71
GRÁFICO 10 MENTIRA PATOLÓGICA.....	72
GRÁFICO 11 MANIPULACIÓN.....	74
GRÁFICO 12 FALTA DE REMORDIMIENTO Y CULPABILIDAD .....	75
GRÁFICO 13 ESCASA PROFUNDIDAD DE AFECTO .....	76
GRÁFICO 14 INSENSIBILIDAD .....	78
GRÁFICO 15 ESTILO DE VIDA PARASITO.....	80
GRÁFICO 16 FALTA DE CONTROL CONDUCTUAL.....	81
GRÁFICO 17 CONDUCTA SEXUAL PROMISCUA .....	82
GRÁFICO 18 PROBLEMAS DE CONDUCTA PRECOCES .....	83
GRÁFICO 19 FALTA DE METAS REALISTAS .....	84
GRÁFICO 20 IMPULSIVIDAD.....	85
GRÁFICO 21 IRRESPONSABILIDAD .....	87
GRÁFICO 22 INCAPACIDAD PARA ASUMIR ACCIONES.....	88
GRÁFICO 23 RELACIONES MARITALES BREVES.....	89
GRÁFICO 24 DELINCUENCIA JUVENIL .....	90
GRÁFICO 25 REVOCACIÓN DE LA LIBERTAD CONDICIONAL .....	91
GRÁFICO 26 VERSATILIDAD CRIMINAL.....	92
GRÁFICO 27 RESULTADO GENERAL.....	93
GRÁFICO 28 SOMATIZACIÓN .....	94
GRÁFICO 28 OBSESIONES-COMPULSIONES.....	96
GRÁFICO 30 SENSITIVIDAD INTERPERSONAL.....	97
GRÁFICO 31 DEPRESIÓN.....	98

GRÁFICO 31 ANSIEDAD .....	100
GRÁFICO 32 HOSTILIDAD .....	101
GRÁFICO 34 ANSIEDAD FÓBICA.....	102
GRÁFICO 35 IDEACIÓN PARANOIDE .....	103
GRÁFICO 36 PSICOTICISMO .....	104
GRÁFICO 37 ÍNDICES GLOBALES .....	106
GRÁFICO 38: CAMPANA DE GAUSS – COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS .....	111

## ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO 1 TRASTORNOS DE PERSONALIDAD SIGNOS Y SÍNTOMAS .....	27
CUADRO 2 CAUSAS DE LA ANORMALIDAD .....	37
CUADRO 3 PERFIL PSICOPATOLÓGICO. PEDOFILIA.....	43
CUADRO 4 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	66
CUADRO 5 ESQUEMA COGNITIVO .....	119
CUADRO 6 MODELO ABC .....	127
CUADRO 7 MODELO OPERATIVO DE LA PROPUESTA .....	131
CUADRO 8 PRESUPUESTO .....	140

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“LOS NIVELES DE PSICOPATÍA Y LA SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA  
PSICOLÓGICA EN LOS INTERNOS PROCESADOS POR ABUSO  
SEXUAL EN EL CENTRO DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD DE  
PERSONAS ADULTAS EN CONFLICTO CON LA LEY”**

**Autora:** Pineda Hernández, Tannia Jeanette

**Tutor:** Psc.Cl. López Castro, Walter Javier

**Fecha:** Noviembre del 2015

RESUMEN

El presente trabajo investigativo está basado en determinar en los niveles de psicopatía la sintomatología clínica psicológica predominante en las personas privadas de la libertad por abuso sexual, en el Centro de privación de libertad de personas adultas en conflicto con la ley – Ambato.

Esta investigación va dirigida desde un corte cognitivo conductual, la población estudiada es de 40 personas privadas de libertad por abuso sexual, obteniendo la información a través de la aplicación del Cuestionario PCL-R de R. Hare, conjuntamente con el inventario de sintomatología clínica psicológica SCL-90R, posteriormente a un análisis de resultados obtenidos comprobados mediante el cálculo del Chi cuadrado, para la verificación de la hipótesis, es decir se confirma que existe una relación entre los niveles de psicopatología y la sintomatología clínica psicológica. Finalmente se plantea la propuesta “Intervención Psicoterapéutica de corte cognitivo conductual, direccionada a disminuir los



niveles de sintomatología clínica psicológica existente en los internos reclusos por abuso sexual con niveles de psicopatía del Centro de Privación de Libertad de Personas Adultas en Conflicto con la Ley” las mismas que pretenden disminuir el grado de afectación de la sintomatología clínica psicológica en los individuos en cuestión.

**PALABRAS CLAVES:** NIVELES\_PSICOPATÍA, SINTOMATOLOGÍA, CLÍNICA\_ PSICOLÓGICA, TERAPIA\_ COGNITIVO, CONDUCTUAL.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CLINICAL PSYCHOLOGY DEGREE

**"THE LEVELS OF PSYCHOPATHY AND CLINICAL  
PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS IN INTERNAL PROCESSED BY  
SEXUAL ABUSE IN CENTRAL IMPRISONMENT FOR ADULTS IN  
CONFLICT WITH THE LAW"**

**Author:** Pineda Hernández, Tannia Jeanette

**Tutor:** Psc.Cl. López Castro, Walter Javier

**Date:** November 2015

**SUMMARY**

This research work is based on determinen the levels of psychopathy the predominant clinical psychological symptoms in people deprived of freedom for sexual abuse in the detention center for adults in conflict with the law - Ambato.

This research is directed from a cognitive behavioral court, the study population is 40 detainees by sexual abuse, the information obtained through the application of PCL-R questionnaire of R. Hare, together with an inventory of psychological clinical symptoms SCL-90R, subsequent to an analysis of results verified by calculating the square Chi, for verification of the hypothesis, it is confirmed that there is a relationship between the levels of psychopathology and psychological clinical symptoms. Finally the proposal "Psychotherapeutic Intervention of a cognitive behavioral, directed to decrease existing levels of psychological clinical symptoms in domestic sexual abuse held for levels of psychopathy Center imprisonment of adults in conflict with the law" raises the same they intended to

decrease the degree of involvement of psychological clinical symptoms in individuals concerned.

KEYWORDS: LEVELS PPSICOPATÍA, SYMPTOMS\_CLINICAL  
PSYCHOLOGY\_COGNITIVE, BEHAVIORAL\_THERAPY.

## INTRODUCCIÓN

El proyecto tiene como propósito investigar “Los niveles de psicopatía y la sintomatología clínica psicológica en los internos procesados por abuso sexual en el centro de privación de libertad de personas adultas en conflicto con la ley ambato en el año 2014”. Para Hare la psicopatía está compuesta por un conjunto de síntomas que se dividen en dos grupos: síntomas emocionales e interpersonales y síntomas de desviación social de lo cual surge una persona autocentrada, insensible sin remordimientos totalmente carente de empatía y capacidad para entablar relaciones con los demás. Se trata de una persona sin las restricciones que nos impone la conciencia. En las poblaciones normales la OMS señala la existencia de síntomas tales como: impulsividad y/o agresividad, retraimiento social, actos compulsivos y/o pensamientos obsesivos, alteración motora, depresión, ansiedad, irritabilidad, etc. estos rangos aumentan en poblaciones específicas como la carcelaria y pueden incidir sobre la comisión de sus delitos. En el caso de los delitos sexuales la influencia es probablemente más notoria, es así que dicha disertación tiene como objetivo principal el comprobar si los niveles de psicopatía influyen en la acentuación de la sintomatología clínica psicológica.

La presente investigación se basa en un análisis macro, meso, micro que hace relación los niveles de psicopatía y la sintomatología clínica psicológica con un panorama Latinoamericano, Nacional e Institucional respectivamente que se fundamenta en una visión Filosófica, Epistemológica, Sociológica y Psicológica que explora las variables investigadas.

La investigación se realizó desde el enfoque crítico propositivo, de carácter cuali – cuantitativo, con la modalidad de investigación conjunta: bibliográfica documental, de campo, de intervención social: lo cual nos permitirán estructurar predicciones llegando a modelos de comportamiento mayoritario, incluye el análisis e interpretación de los resultados de las baterías psicológicas aplicadas a la población de estudio, así la Escala de Psicopatía Revisada ([PCL-R]; Hare, 2003) adaptada y estandarizada en la población Mexicana (Ostrosky et al., 2008), principalmente el cuestionario de 90 síntomas (SCL-90-R), versión Derogatis, L.

1977, destinada a comprobar la hipótesis planteada mediante la tabulación de los resultados obtenidos de la aplicación de los test destinados a medir las variables de la investigación. Propone alternativa de tratamiento direccionada a la problemática.

# **CAPITULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1 Tema**

“LOS NIVELES DE PSICOPATÍA Y LA SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA PSICOLÓGICA EN LOS INTERNOS PROCESADOS POR ABUSO SEXUAL EN EL CENTRO DE PRIVACION DE LIBERTAD DE PERSONAS ADULTAS EN CONFLICTO CON LA LEY AMBATO”

### **1.2 Planteamiento del problema**

#### **1.2.1 Contextualización**

##### **1.2.1.1 Macro**

Valencia & Arango (2008) efectuaron el estudio en Colombia sobre la “Validación de la lista de chequeo de psicopatía revisada PCL-R en poblaciones carcelarias masculinas de Colombia” procedió a validar su contenido, reproducibilidad, consistencia interna, prueba-reprueba e interevaluador. Los resultados obtenidos según el análisis factorial para sustentar su validez se explican desde 4 dominios que explican que el 61,1% es de varianza. Por otra parte la consistencia interna de la escala fue alta de 0,94 de alfa de Cronbach, la reproducibilidad y prueba reprueba 0,83 de CCI, 95% IC, de interevaluador 0,92 de CCI y el 95% de IC concluyendo que la versión modificada en español del PCL-R direccionado a la población carcelaria masculina de Colombia presenta buenas propiedades psicométricas.

En el trabajo investigativo de Ruiz (2010) en Colombia sobre “Adaptación de la escala (PCL-R) para la evaluación de rasgos psicopáticos en población carcelaria de Colombia”, con el fin de emplearlo no tanto como instrumento de diagnóstico de rasgos psicopáticos más bien con la perspectiva global en dimensiones como un elemento que pueda ayudar a la asignación de patios a nuevos internos la muestra fue 72 hombres en una edad que oscila entre 17-51 años, con un 77% de los sujetos con 27 o menos años. Los resultados obtenidos fueron que en 86,2% de

los sujetos indicaron estar en buen estado de salud en el momento de ingresar y el resto en estado regular, en cuanto al consumo de drogas 7 de 28 indicaron haberla consumido y 25 que la consumen actualmente.

González, Mercadillo & Graff (2010) en su investigación clínica realizado en México con el tema “Versión computarizada para la aplicación del listado de síntomas 90 (scl 90r) y del inventario de temperamento y carácter (ITC)”, manifiesta que el diagnóstico psicopatológico se puede respaldar en la aplicación de pruebas psicométricas como el listado de síntomas 90 (SCL.90 r), que en este caso evaluó el grado de diestres psicológico, y analiza la validez de aplicar una versión computarizada del SCL90r y del ITC, fue diseñada por el instituto de neurobiología de la UNAM. Para ser aplicada a una población dividida en dos muestras de 30 participantes cada una 15-hombres – 15 mujeres, media =30, D.E=8años de edad- Las muestras fueron constituidas por trabajadores y estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Juriquilla y de la Universidad Autónoma de Querétaro. El estudio concluye que, Los resultados suponen que la aplicación por computadora de ambas escalas cumplen con los objetivos de evaluación para los cuales fueron diseñadas y que consideradas como herramientas válidas y útiles para la evaluación psicométrica.

En tanto que Casullo & Solano (2002), en su estudio “Patrones de personalidad, síndromes clínicos y bienestar psicológico en adolescentes” en Argentina dicho trabajo analiza dimensiones del bienestar psicológico y patrones de personalidad en poblaciones estudiantiles en etapa de la adolescencia que presentan y no presentan síntomas y síndromes clínicos. Las baterías psicológicas SCL-90-R y MACI, y una escala de bienestar psicológico, fueron administradas a una muestra de 305 estudiantes adolescentes de escuelas públicas argentinas. Se verificó que el 27% presentaba en alto grado tanto los síntomas como los síndromes clínicos referidos a depresión, trastornos alimentarios y tendencias suicidas. Los adolescentes de riesgo alto (RA) percibían menor bienestar psicológico, especialmente en las dimensiones proyectos de vida y control de situaciones. Por su parte, aquéllos de riesgo bajo (RB) tendían a dramatizar sus conflictos, eran

más individualistas y conformistas, revelaban mayor tendencia a la insensibilidad social y parecían estar más disconformes con su sexualidad.

### **1.2.1.2 Meso**

En relación al meso contexto, es decir a nivel de país, el Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censo (INEC, 2013) Al respecto los estudios realizados evidencian que los individuos que presentan niveles de psicopatía se caracterizan por tener altos índices de agresiones sexuales dentro de los ámbitos principales como son familiares y sociales, es decir, estos índices altos permiten evidenciar que existe una población grande para poder investigar los niveles de psicopatía, a más se puede citar también estudios realizados en el país, como:

En el Ecuador según Núñez (2010) hay 35 cárceles en 17 provincias, diez son de varones, cuatro de mujeres, 20 mixtas y una de detención provisional. El 53% de las personas privadas de libertad se encuentran en la Sierra, 45% en la Costa, y solo 2% en el Oriente. El 60% de las causas son abuso sexual y el 77% otras causas. Las 3 106 personas, equivalente al 3 1% de la población total.

Bonilla & Salgado (2011) en su estudio “Perfil psiquiátrico en la población carcelaria de género masculino del centro de rehabilitación social de varones número 1 de Quito Ecuador en octubre del 2011” en Quito – Ecuador tiene como objetivo identificar el perfil psiquiátrico a través la aplicación de la escala de Psicopatía de Hare la cual pone de manifiesto los siguientes resultados: los prisioneros varones presentaron enfermedad psicótica con un porcentaje del 3 al 7% , depresión mayor del 10% y de algún trastorno de personalidad el 65% . En cuanto a la población femenina el 40% presento enfermedad psicótica el 12 % depresión mayor y el 42% algún trastorno de personalidad. Se concluye que la población en general presento mayor índice de presentar depresión mayor y psicosis. De la aplicación del inventario de sintomatología SCL-90R en una población de 161 reclusos, en los resultados según Bonilla & Salgado (2011) se encontró que: la población masculina presentan sintomatología clínica con mayor porcentaje del 6 al 8% de psicoticismo, hostilidad del 4% y de ansiedad el 6%. En cuanto a la población femenina el 5% presento psicoticismo el 6 % depresión y el



4% somatización. Se concluye que la población en general presento mayor índice de presentar psicosis y depresión mayor.

Yumiseva (2012), en su “estudio de caso: terapia cognitivo-conductual aplicado a paciente con trastorno de estrés postraumático y distimia” en Quito-Ecuador se centra en la sintomatología clínica psicológica de su población aplicando así el inventario SCL-90r de síntomas, con el fin de identificar la sintomatología existente en la persona de estudio que es una mujer de 23 años, con el objetivo en mira de alcanzar una disminución de síntomas causantes de su diagnóstico. En un periodo de 6 meses en lapsos de 9 sesiones con resultados obtenidos de un 79% de reducción de síntomas y continuidad en el tratamiento.

### **1.2.1.3 Micro**

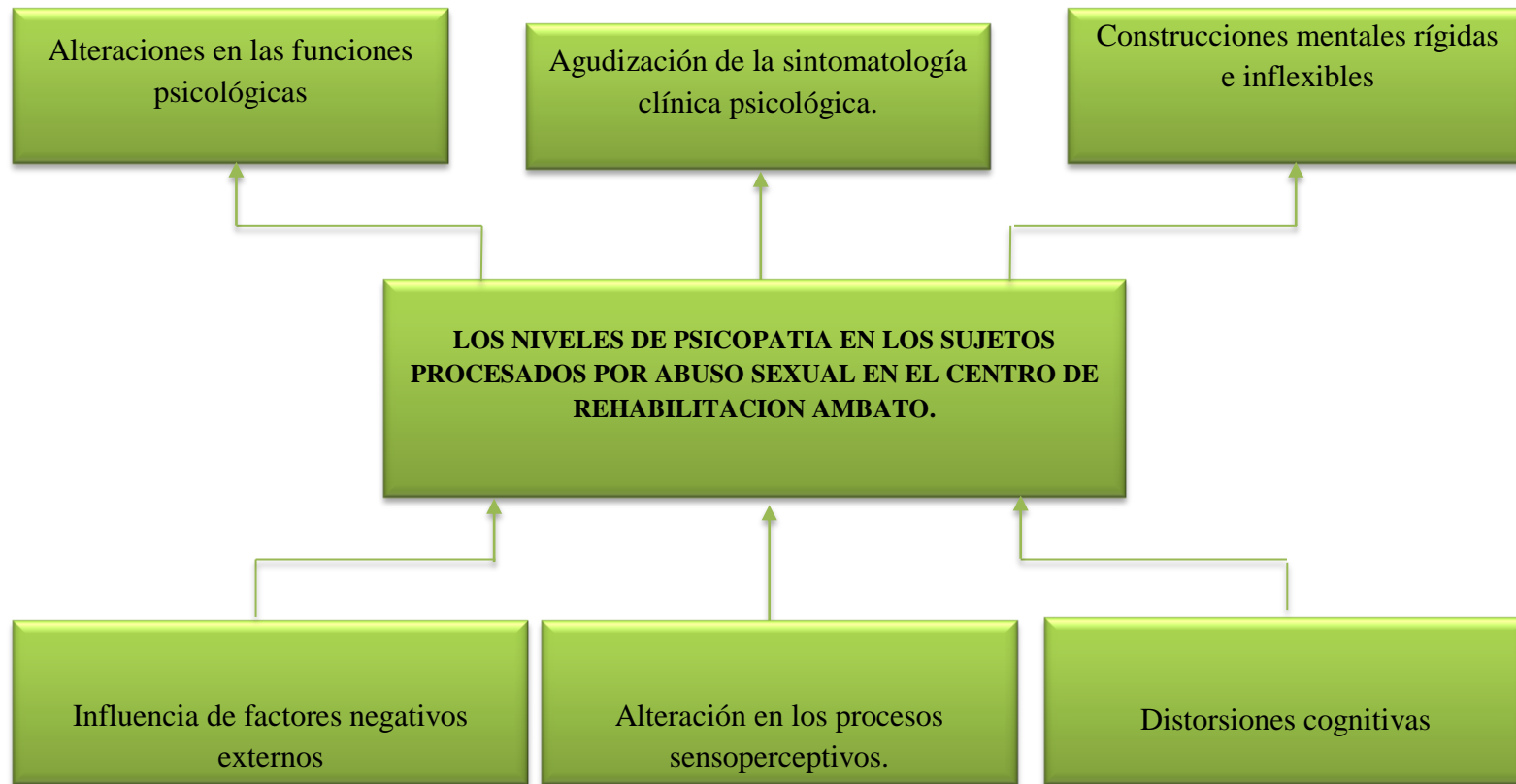
El Centro de privación de la libertad de personas adultas en conflicto con la ley-Ambato, expone las estadísticas arrojadas en sus archivos en el diario El Heraldó, manifestando que “existe una población del 25% de individuos privados de la libertad que se inclinan por la manifestación de niveles de psicopatía, que cumplen una condena en dicho centro, por lo que enfatiza la necesidad urgente de un trabajo psicológico” (Bayas, 2014). Aquello ratifica lo expuesto en los archivos, donde se menciona la alta tasa de personas privadas de la libertad por la causa de abuso sexual en la provincia.

Además debe tomarse en cuenta que generalmente la vida delictiva de crímenes, no es incidental, pues según el Departamento de Psicología de la institución “de los 80 agresores de abuso sexuales existentes, más de la mitad que presentan rasgos psicopáticos de la personalidad” (Salazar, 2014); es decir, el 50% de los casos, han sido reacios y en esta población, también se ha evidenciado que los niveles de psicopatía en los agresión sexual tiene un doble componente de violencia y sexualidad en una misma conducta.

En la provincia no existen investigaciones preliminares que determinen la involucración del estudio de la sintomatología clínica psicológica que manifiesta la población carcelaria que presentan niveles de psicopatía.

### 1.2.2 Árbol de problemas

Gráfico 1 Relación causa- efecto



**Elaborado por:** Tania Pineda  
**Fuente:** Investigación de campo

## **Análisis Crítico**

Partiendo del constructo mental de la psicopatía como una característica clínica diferente de criminalidad y de desviación social, surge de los factores externos negativos produciendo alteraciones en las funciones psicológicas, lo cual los conlleva a percibir su entorno con un patrón de anomalía social carente de empatía para con su otro, por lo que se consuma los delito en este caso de abuso sexual.

Al respecto, la alteración en los procesos sensorceptivos, trae como consecuencia la agudización de síntomas, en los perfiles psicopáticos aportando así el acrecentamiento del índice de delitos sexuales, conjuntamente con la reincidencia.

Por otro lado las distorsiones cognitivas son un factor determinante en los niveles de psicopatía, debido a que generan construcciones mentales rígidas e inflexibles al relacionarse con su entorno, lo que finalmente da paso al recrudecimiento de cada una de las áreas que conforman la sintomatología clínica psicológica como somatización, ansiedad, depresión, hostilidad, sensibilidad personal, obsesión compulsión, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo presente en la psicopatía.

### **1.2.3 Prognosis**

En caso de no ser considerada esta problemática psicosocial acerca de los niveles de psicopatía y la sintomatología clínica psicológica en las personas privadas de la libertad por causa de delitos sexual, se vería el incremento de sintomatologiaa clinica psicologica determinante de conductas delictivas y con ello la reincidencia en los delitos sexuales, es decir se hace más fuerte el problema en los procesados, y seguirá impidiendo el adecuado tratamiento psicopatológico, afectando así, no solo a nivel personal, también al ámbito social.

#### **1.2.4 Formulación del Problema.**

¿Existe relación entre los niveles de psicopatía y la sintomatología clínica psicológica de las personas privadas de libertad por abuso sexual en el Centro de Privación de libertad de personas Adultas en conflicto con la ley- Ambato?

#### **1.2.5 Preguntas Directrices**

- ¿Cuáles son los niveles de psicopatía existentes en los procesados por abuso sexual internos en el Centro de Privación de libertad de personas Adultas en conflicto con la ley- Ambato?
- ¿Identificar el estado de la sintomatología clínica psicológica que manifiestan los sujetos procesados por abuso sexual, privados de libertad?
- ¿Se puede plantear una posible solución el problema?

#### **1.2.6 Delimitación del problema**

##### **1.2.6.1 Delimitación del contenido**

**CAMPO:** Psicológico

**AREA:** Psicopatología

**ASPECTO:** Niveles de psicopatía y Sintomatología clínica psicológica

##### **1.2.6.2 Delimitación espacial**

La investigación se realizará en:

**Provincia:** Tungurahua.

**Cantón:** Ambato.

**Parroquia:** Picaihua

### **1.2.6.3 Delimitación temporal**

El trabajo de investigación se realizará en el tiempo correspondiente a los meses Septiembre 2013 a Febrero del 2014.

### **1.2.6.4 Unidades de Observación**

El Centro de Privación de libertad de personas Adultas en conflicto con la ley- Ambato.

## **1.3 Justificación**

El presente proyecto de investigación, mismo que versa sobre los niveles de psicopatía y la sintomatología clínica psicológica de las personas privadas de la libertad por abuso sexual en el Centro de Privación de libertad de personas Adultas en conflicto con la ley- Ambato, pretende brindar una mejor perspectiva clínica de la problemática, principalmente a los agentes de salud mental para poder brindar un diagnóstico precoz y una adecuada intervención.

Esto es de interés técnico para la comunidad científica, pues le permitirá contar con perfiles de prevalencia e incidencia sintomáticos, mismos que se desprenderán de dicha investigación.

Es de importancia enfocarnos en el estudio de la sintomatología clínica psicológica presentes en los niveles de psicopatía de los reclusos internos por abuso sexual, puesto que permite incorporar en los procesos psicoterapéuticos un modelo de terapia psicológico que ayudaran a identificar la sintomatología clínica dominante en los internos por agresión sexual, con el fin de modificar pensamientos y conductas, lo que garanticen la modificación de rasgos de personalidad de los individuos vulnerables. Promoviendo así una prevención terciaria frente a la población investigada.

Los beneficiarios son la comunidad científica, los profesionales tratantes psicoterapéuticos y los procesados del centro de Privación de libertad de personas

Adultas en conflicto con la ley- Ambato, por la causa de abuso sexual a través de la detección de indicadores puntuales presentes en los AS.

La originalidad de esta investigación radica en que no existen antecedentes investigativos acerca de los problemas de psicopatía relacionados con la sintomatología clínica presente en comunidades específicas como lo son los agresores sexuales y altos índices de violación, siendo un motivo para poner en práctica los procesos psicoterapéuticos de herramientas para la identificación la sintomatología clínica presente.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo General**

- Analizar la relación de los niveles de psicopatía y la sintomatología clínica psicológica de las personas privadas de la libertad por abuso sexual en el Centro de Privación de libertad de personas Adultas en conflicto con la ley Ambato

### **1.4.2 Objetivo Especifico**

- Determinar los niveles de psicopatía en los procesados por abuso sexual.
- Identificar el estado de la sintomatología clínica psicológica que manifiestan los sujetos procesados por abuso sexual, privados de libertad.
- Proponer una alternativa de solución.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes investigativos

En la búsqueda de trabajos investigativos que sustenten el presente proyecto de investigación, en los archivos de la biblioteca de la Universidad Técnica de Ambato, se ha encontrado trabajos que encuentran correlación con las variables de la presente investigación que son los niveles de psicopatía en poblaciones carcelarias, y la sintomatología clínica psicológica.

Cabrera (2014) en su investigación sobre “los rasgos de personalidad y su influencia en la reincidencia del cometimiento de delitos, en las personas privadas de la libertad, sección varones en el centro de privación de libertad de personas adultas en conflicto con la ley-Ambato” en una población de 30 internos en los que se obtuvo los siguientes resultados predominando así las personalidades límites que desarrollan rasgos antisociales que conllevan al desarrollo de varios tipos de delinquentes con niveles de psicopatía caracterizados por la inestabilidad en las relaciones interpersonales, la afectividad, falta de control de impulsos por ende se ve afectada su conducta.

Freire (2015) en su estudio sobre la sintomatología clínica psicológica y su influencia en la calidad de vida del adulto mayores en el hogar de ancianos concluye que en una población de 35 adultos mayores con el objetivo de explorar las dimensiones de la sintomatología clínica psicológica obteniendo que las áreas de sintomatología que se ven afectadas son sensibilidad personal, depresión, psicoticismo y obsesiones compulsiones.

En la Universidad de Chile por Riquelme (2010) en su estudio realizado sobre; “Adaptación de la escala de calificación de la psicopatía revisada PCL-R de Hare en población reclusa del centro de detención preventiva de San Miguel”. En el presente estudio se dio la adaptación de la escala de psicopatía revisada de Hare PCL-R debido a la falta de criterios comunes enfocados en la evaluación de

rasgos psicopáticos en los internos recluidos en los centros de privación de Chile. Para llevar a cabo dicha investigación implicó desarrollar una versión adecuada a la cultura chilena que se aplicó a los internos del C.D.P de San Miguel. Es así que los resultados obtenidos son la base de sustento de que esta adaptación de la escala de psicopatía presenta validez y confiabilidad en la población carcelaria evaluada aportando de esta manera apoyo empírico a las futuras investigaciones en otros contextos.

En cuanto a los resultados obtenidos en la investigación se considera que los agresores sexuales presentan psicopatía debido a que obtienen niveles altos en relación a las áreas afectivas e interpersonales propias de la psicopatía como son: tendencias al egocentrismo, a la superficialidad, manipulación, egoísmo, crueldad y falta de remordimiento y empatía, dicha características no presentan los internos que cometieron delito contra la propiedad.

Recapitulando en base a lo que el marco teórico sustenta permite tener un esquema claro en respecto a las características generales que presenta la psicopatía sus conductas relevantes y distintivas con los efectos que tiene frente a las relaciones interpersonales y con la sociedad. Aun con todos estos aportes el diagnóstico de la psicopatía sigue siendo complejo debido a que su génesis se ve influenciada por el entorno del individuo. Sin embargo esta investigación puede contribuir a esta dificultad al ser una herramienta útil para la población chilena en cuanto a la población psicopática (Riquelme, 2010).

En la universidad nacional de la plata de Chile la investigación realizada por León (2012); “La psicopatía en prisioneros chilenos: prevalencia y métodos de evaluación” trae a colación las vulnerabilidades que presenta gran parte de la sociedad. Los casos evaluados presentan indicadores de violencia, negligencia parental y social lo que incrementa el desarrollo de dichos sujetos e impide la reinserción social. Es de gran importancia ver que en la población universitaria estudiada los niveles de sintomatología tiene altos niveles por la presencia de factores estresantes y ausencia de apoyo social e interpretaciones cognitivas



irracionales lo que indica que los estudiantes soporten una percepción de peligro sobre ellos.

Finalmente los resultados sirven de base para la validez y confiabilidad de la versión Chilena del PCL-R y fomenta la secuencia de otros casos de investigación con el instrumento de diagnóstico de la psicopatía puntuados por la observación externa, se toma en cuenta que los resultados en Chile son similares a los de Argentina y en otros países de Latinoamérica (León, 2012).

La biblioteca de la Pontífice Universidad Católica Sede Ambato, en la Facultad de Escuela de Psicología, existe trabajo realizado por Mayorga (2014) con relación a esta variable de sintomatología clínica psicológica que mencionare a continuación; “Sintomatología sub-clínica y rendimiento académico del estudiantado que presentan índice promedial condicionado”. En relación a los resultados obtenidos en la investigación se concluye que los síntomas psicológicos con mayor prevalencia en la población estudiada son en las áreas de obsesión - compulsión, depresión, somatización y en menor grado las áreas de ansiedad, ideación paranoide y hostilidad esta sintomatología se encuentra asociada a factores estresantes y falta de apoyo social lo que implica que los estudiantes tengan la percepción de peligro sobre ellos.

Se concluye también que un 77% de los evaluados no requieren atención psicológica lo que indica que la muestra estudiada no es población psiquiátrica mientras que el 23% requiere de atención psicológica dentro de los parámetros de normalidad aun cuando está en los límites altos del espectro calificativo. En relación a los estudiantes no condicionados solo un 20% presentan necesidades de atención psicológica y un 22,2% presenta situación de riesgo y necesidad de intervención según la evaluadora (Mayorga, 2014).

En su estudio de caso Morgan (2011) mediante la aplicación del inventario SCL-90-R los puntajes obtenidos en un pre test y post test indican: la presencia de sintomatología clínica psicológica como sensibilidad personal con mayor

afectación de un 75% seguido de ansiedad paranoide con un 62% y un nivel medio normativo en la mayoría de las áreas.

## **2.2 Fundamentación**

### **2.2.1 Filosófica.**

El paradigma del presente trabajo investigativo es crítico propositivo; crítico porque su contexto abarca una realidad psicosocial; y propositivo por cuanto busca plantear alternativas de solución hacia las conductas que interfieren en la reincidencia del cometimiento de delitos.

### **2.2.2 Epistemológica.**

Sostiene que el conocimiento va más allá de la información porque busca transformar sujetos y objetos. Se aspira que el sujeto se caracterice por ser proactivo, participando activamente, fortaleciendo su personalidad y su futura actitud creadora. Esto le llevara a hacia una positiva asimilación proyectiva de la identidad nacional. En este trabajo la ciencia se definen como un conjunto de conocimientos ordenados y dirigidos hacia la transformación social y mejor entendimiento del ser.

### **2.2.3 Social.**

Este tipo de conductas constituyen un problema real para la sociedad puesto que agravan el desarrollo físico, emocional y psicológico del agresor y víctimas y consecuentemente la posibilidad de una inserción funcional, en cualquiera área social, de tal modo que aunque a corto plazo genera consecuencias básicamente psicológicas, eventualmente y a largo plazo pueden traer consigo, consecuencias de interacción y desempeño social general devastadoramente desadaptativo para ellos, y además constituye un daño moral a la persona, a su familia y por extensión a toda la sociedad.

Este tipo de persona que se pretende formar debe ser un ser sensible ante los valores humanos.

#### **2.2.4 Psicológico.**

La psicopatía es un trastorno de personalidad de origen ambiental con un tinte genético en el que el individuo se desarrolla fuera de la norma, se lo considera una persona mala no loca debido a que su conciencia y voluntad están intactas pues tiene toda la predisposición de actuar.

El delito sexual es un hecho en el cuál un adulto para su propia finalidad sexual, se aprovecha del afecto y atención que la víctima necesita, para poder abusar de la misma, sin importarle los sentimientos, o pensamientos de la víctima, este tipo de personas se encuentran carentes de empatía. (López,. 2010, p. 31).

El enfoque cognitivo-conductual investiga cómo se aprende, es decir los principios que explican el aprendizaje, tanto de comportamientos deseables como perjudiciales. Lo que se aprende, es algo que depende de la constitución ambiental y, fundamentalmente, de las experiencias de vida, particulares e intransferibles de cada persona.

Ciertos aprendizajes ayudan a sentirse bien, a relacionarse adecuadamente con los demás y a lograr lo que se propone. Otros en cambio, generan dolor, resentimiento, dañan la cognición y por ende la conducta y las relaciones interpersonales. A ello está dirigida la investigación.

El objetivo del abordaje, como agentes de la salud mental, es mejorar la calidad de vida de quienes son individuos potenciales a dichas conductas agresivas, teniendo en cuenta que éste es un concepto altamente subjetivo donde cada sujeto se forma según su ambiente.

#### **2.2.5 Legal.**

El código orgánico integral penal de la República del Ecuador (2014), título II “Garantías y procesos Generales - Capítulo Tercero “Principios rectores de la

ejecución de las penas y las medidas cautelares personales” en el **Art. 8.-** Tratamiento.

En la rehabilitación de las personas privadas de libertad se considerarán sus necesidades, capacidades y habilidades con el fin de estimular su voluntad de vivir conforme con la ley, trabajar y respetar a los demás.

Capitulo Primero “Conductas Penalmente Relevantes” Tercera Sección “Culpabilidad” **Art.36.-**Trastorno mental.

La persona que al momento de cometer la infracción no tiene la capacidad de comprender la ilicitud de su conducta o de determinarse de conformidad con esta comprensión, en razón del padecimiento de un trastorno mental, no será penalmente responsable. En estos casos la o el juzgador dictará una medida de seguridad.

La persona que al momento de cometer la infracción, se encuentra disminuida su capacidad de comprender la ilicitud de su conducta o determinarse de conformidad con esta comprensión, tendrá responsabilidad penal atenuada en un tercio de la pena mínima prevista para el tipo penal.

Título II “Penas y Medidas de Seguridad” Capitulo segundo “Clasificación de la Pena” **Art. 60.-** Penas no privativas de libertad.- Son penas no privativas de libertad:

1. Tratamiento médico, psiquiátrico, psicológico, capacitación, programa.

La ley orgánica de salud del gobierno ecuatoriano (2012) en el capítulo IV “De la violencia” en el **Art.31.-**El estado reconoce a la violencia como problema de salud pública.

Es responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional, de los servicios de salud, organismos seccionales, otros organismos competentes y de la sociedad en su conjunto, contribuir a la disminución de todos los tipos de violencia, incluidos los de género, intrafamiliar, sexual y su impacto sobre la salud.

**Art.32.**En todos los casos de violencia intrafamiliar y sexual, y de sus consecuencias, se brindará atención de salud integral a las personas afectadas y a las personas ejecutoras de los actos violentos(a la orden de su jurisdicción y competencia).

En lo que se refiere al enfoque Jurídico acerca del delito sexual, se observa en la Asamblea Nacional de la República del Ecuador, Comisión Especializada

Permanente de Justicia de estructura del Estado, dentro del Código Orgánico

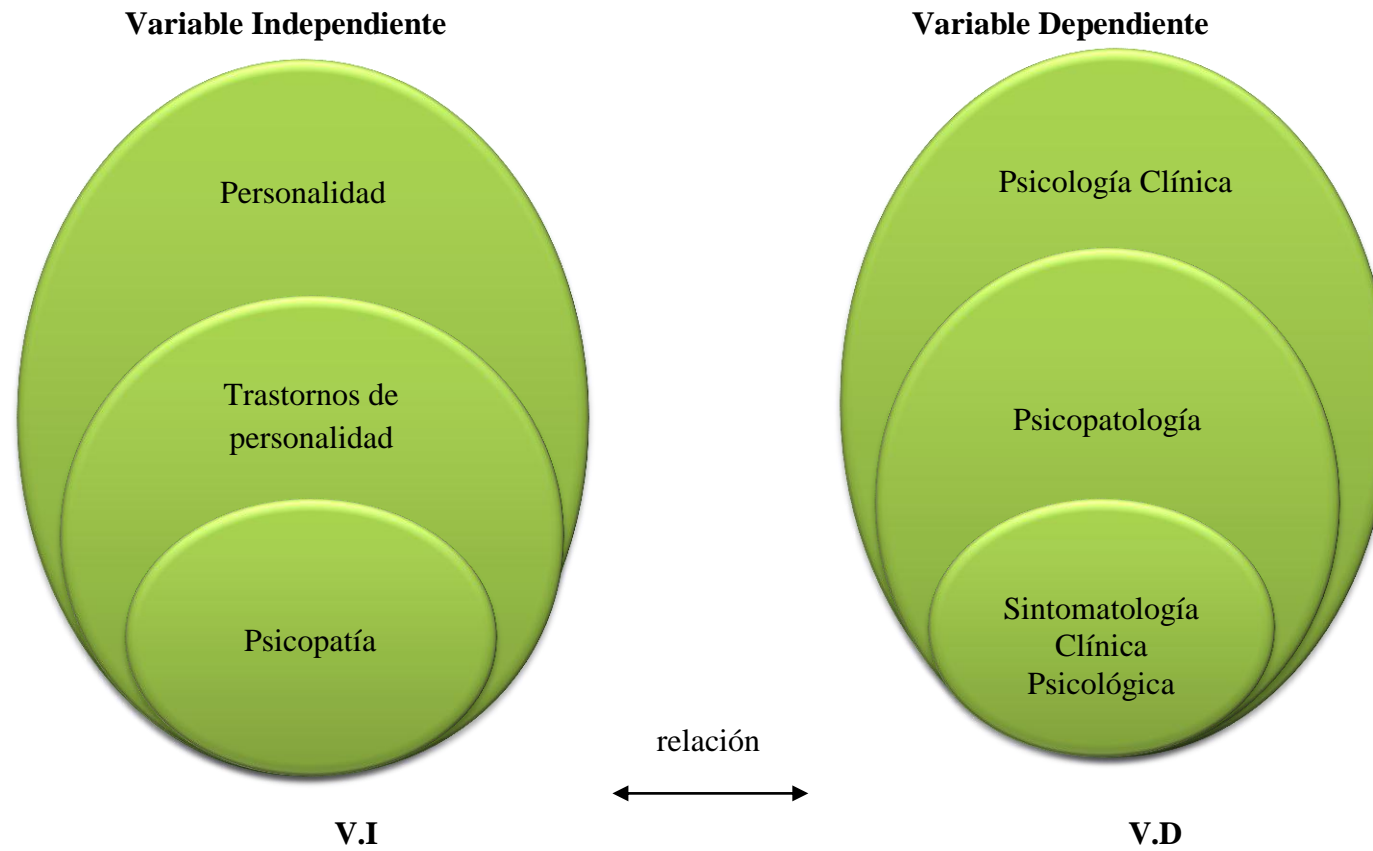
Integral Penal refiere en los **Art. 512, 513,514** (COD.PENAL, 2014) Es violación el acceso carnal, con introducción total o parcial del miembro viril, por vía oral, anal o vaginal; o, la introducción, por vía vaginal o anal, de los objetos, dedos u órganos distintos del miembro viril, a una persona de cualquier sexo. Nota: Artículo sustituido por Ley No. 105, publicada en Registro Oficial 365 de 21 de Julio de 1998.

Nota: (COD.PENAL, 2014) Artículo reformado por Ley No. 2, publicada en Registro Oficial 45 de 23 de Junio del 2005

**Art. 515.-**El mínimo de las penas señaladas por los artículos precedentes será aumentado con cuatro años: Si los responsables son de los que tienen autoridad sobre la víctima. Si son institutores, o sus sirvientes, o sirvientes de las personas arriba designadas; Si el atentado ha sido cometido sea por funcionarios públicos, o ministros del culto, que han abusado de su posición para cometerlo; sea profesionales de la salud y personal responsable en la atención y cuidado del paciente, comadrones, o practicantes, en personas confiadas a su cuidado según (COD.PENAL, 2014), esto exigirá un adecuado tratamiento y configuración por la jurisprudencia y la doctrina.

## 2.3 Categorías fundamentales

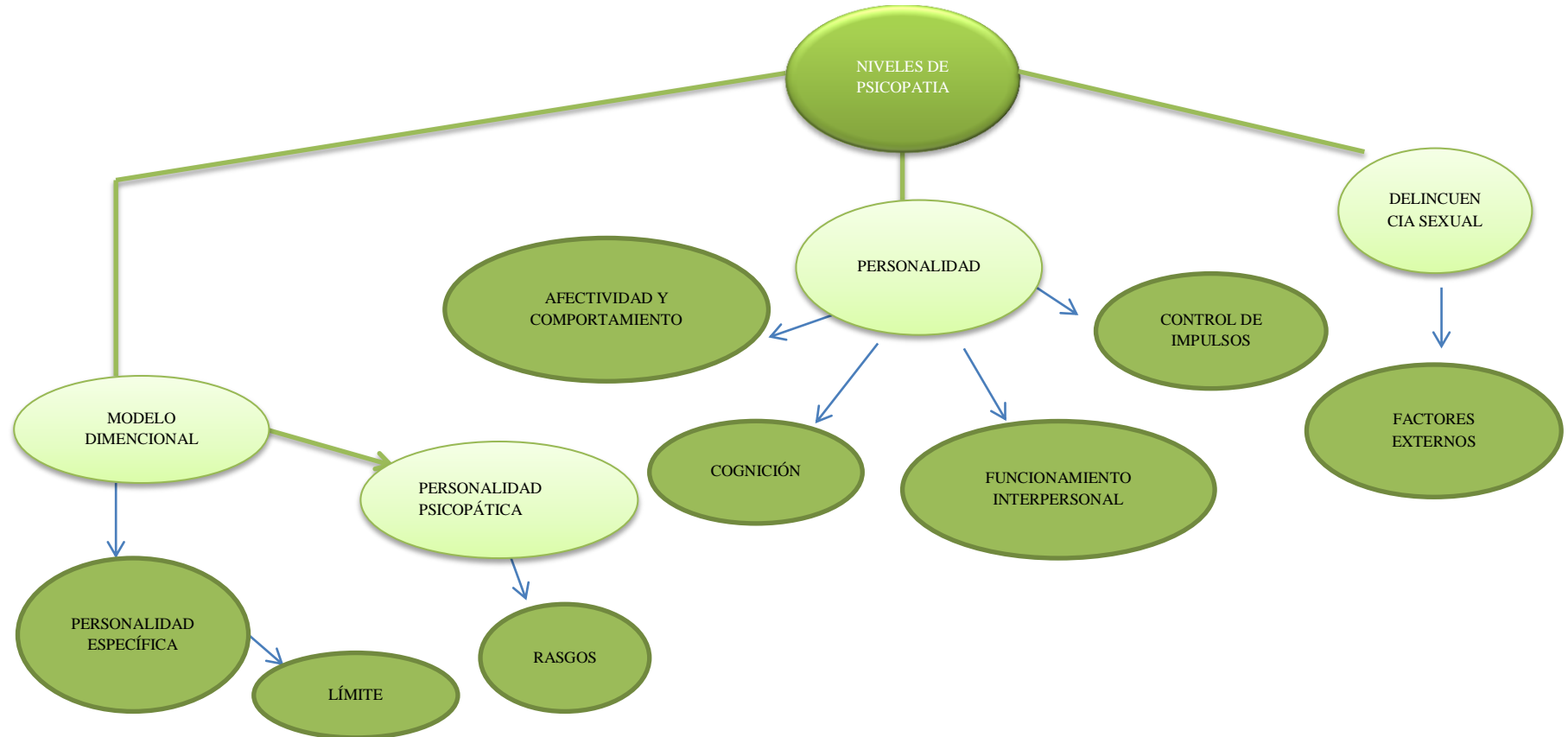
**Grafico 2** Categorización de variables – Red de inclusión



**Elaborado por:** Tannia Pineda  
**Fuente:** Investigación de campo

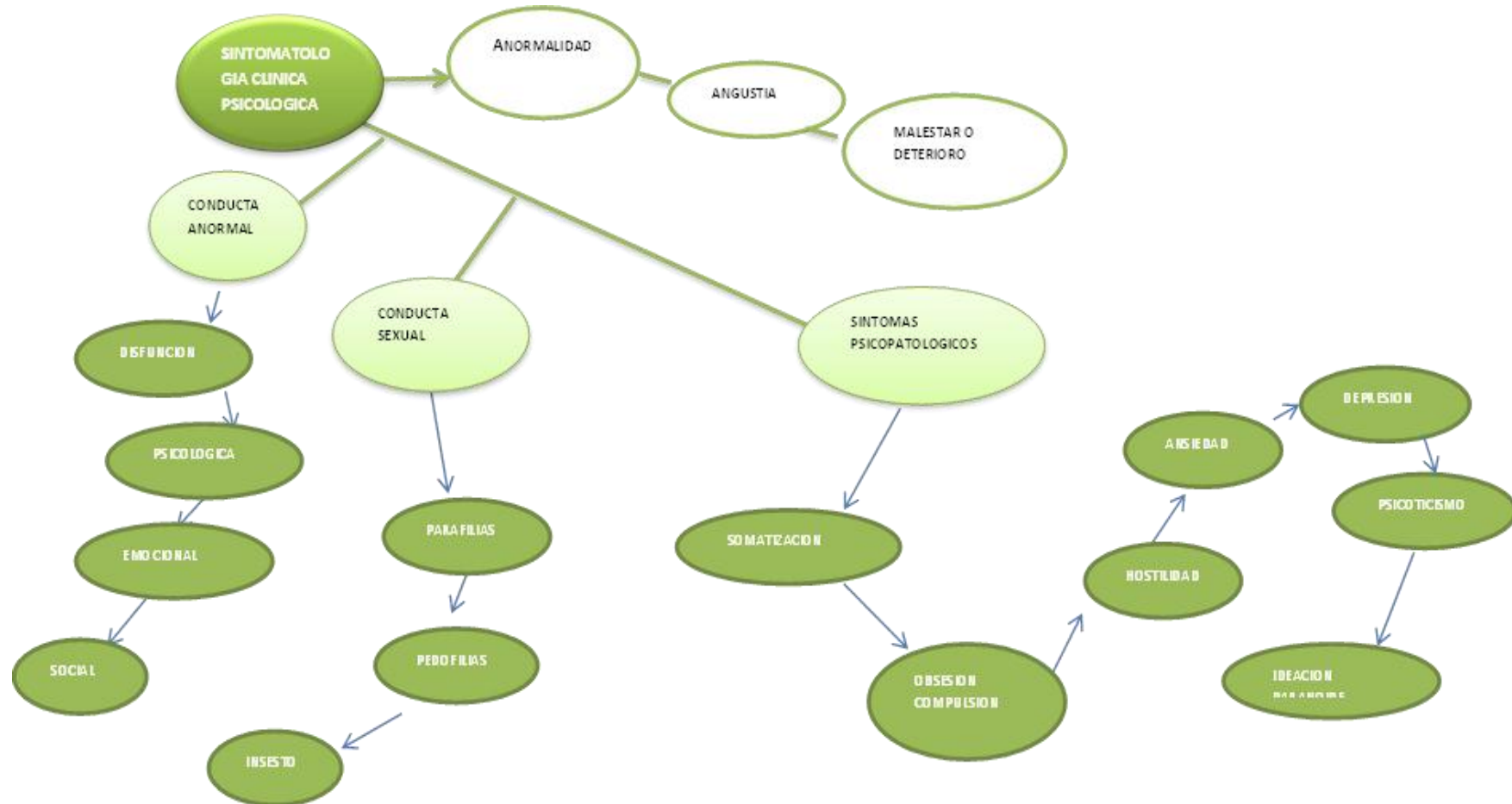
## Constelación de Ideas

Grafico 3 Lluvia de ideas variable independiente



Elaborado por: Tannia Pineda  
Fuente: Investigación de campo

**Grafico 4** Lluvia de ideas variable dependiente



**Elaborado por:** Tannia Pineda  
**Fuente:** Investigación de campo



### **2.3.1 Fundamentación Teórica variable independiente**

#### **Niveles de Psicopatía.**

#### **PERSONALIDAD**

Desde una visión global la teoría de la personalidad parte de la concepción del hombre propuesta por grandes sabios como Platón, Aristóteles y los aportes que se han dado a lo largo de los siglos por diferentes pensadores. Parte de aquí las diferentes perspectivas lo cual hace que surja el estudio de la personalidad desde diferentes corrientes o enfoques psicológicos.

Para Calvin & Gardner (1975) la personalidad ha sido reservada para la hipotética estructura de la mente que presenta la estabilidad de ciertos mecanismos y procesos que tienden a manifestarse una y otra vez por así decirlo son constantes, esto junto a diversos elementos nuevos y originales que se dan en los actos internos y externos que conforma la vida de cada individuo.

La personalidad como insiste Sullivan es una entidad puramente hipotética que no puede ser observada mucho menos estudiada al margen de las situaciones interpersonales, pues el punto de estudio es la situación interpersonal no la persona. Se considera que la personalidad se manifiesta al interactuar con uno o más individuos que no necesariamente deben estar presentes de hecho pueden ser figuras ilusorias o inexistentes. Por lo que el carácter de los procesos psicológicos de percibir, recordar, pensar, imaginar entre otros es interpersonal (Calvin & Gardner, 1975) .

Se entiende que la personalidad es la forma de un esquema manifiesto del cómo se piensa, se siente y se comporta e interpreta la realidad personal en influencia de lo que rodea y del contexto del desarrollo individual.

Permite reaccionar ante ese mundo de acuerdo al modo de percepción, retroalimentando con esa conducta en la propia personalidad. Cada persona al nacer ya

tiene su propia personalidad con ciertas características propias, que con el paso del tiempo más el factor ambiental y las circunstancias es como se definirá esa persona.

La personalidad es la base para el desarrollo de un sin número de habilidades individuales propias del ser humano a fin de llevar a cabo la integración con los diversos grupos sociales. Según Allport (Calvin & Gardner, 1975) la personalidad es la organización dinámica dentro del individuo respecto a los sistemas psicofísicos que determinan la adaptación en relación al actuar y pensar singularmente a su ambiente.

### **TRASTORNOS DE PERSONALIDAD**

Según el autor Halguin (2010, pág. 344):

Se define que el trastorno de personalidad comprende una pauta duradera e inadaptada de experiencia interna y comportamiento que se remonta a la adolescencia o principios de la edad adulta y que se manifiestan en por lo menos dos de los ámbitos siguientes: 1) cognición, 2) afectividad, 3) funcionamiento interpersonal y 4) control de impulsos. Esta pauta inflexible es evidente en situaciones personales y sociales, y ocasionan angustia o deterioro.

Al hablar de trastornos de personalidad se entiende que es un conjunto de pautas de conductas diversas y sobre todo complejas sin embargo al referirnos a la perturbación psicológica se encamina por la singularidad es por ello que las personas que padecen estos trastornos se ven afectadas en la interacción con su entorno y sobre todo en sus relaciones interpersonales todos los días. Estas relaciones conflictivas generan un círculo vicioso en el que su estilo personal perturbador desequilibra a los demás. Surge desde esta perspectiva para los psicólogos que los trastornos de personalidad son difíciles de tratar debido a que conforman el todo del ser humano.

Paralelamente con la definición, todos saben que la personalidad, es un cumulo de formas características de cómo se comporta y piensa una persona. Los patrones de percepción, pensamiento y conducta se manifiestan a través de signos y síntomas característicos que determinan estadísticamente un patrón de personalidad normal, debido a eso, estos signos y síntomas como desconfianza, miedo, agresividad, aislamiento, timidez, sensibilidad, en ocasiones se suele ser un poco dramático o paranoide entre otros, la importancia radica en que son de poca duración no son características estables o exacerbadas, por lo que no afectan de manera significativa del diario vivir.

Por el contrario se observa, en los trastornos de personalidad, la manifiestan de dichos signos y síntomas, durante periodos extensos y frente a muchas situaciones, es así que se forman características problemáticas, aunque su dificultad y distinción, se puede ver en sus dimensiones y categorías. Aun cuando no existe un acuerdo general sobre cuáles son las dimensiones de personalidad básicas, existe un modelo de cinco factores de Westen y Shedler segun, (Barlow & Durand, 2009, pág. 409), en los que se puede clasificar a la gente en una serie de dimensiones de personalidad que explican porque las personas son tan distintas, las citare a continuación en una

**Tabla 1** Casos de delito sexual en el centro de rehabilitación social Ambato.

MODELO DIMENSIONAL DE PERSONALIDAD	
Dimensional de personalidad según el modelo de cinco factores	
<b>Neuroticismo</b>	Propensión a la ansiedad psicológica y a la conducta impulsiva.
<b>Extroversión</b>	Tendencia a participar en eventos sociales y a ser alegre y optimista.
<b>Apertura a la experiencia</b>	Curiosidad, receptividad a nuevas ideas, expresividad emocional.
<b>Amabilidad</b>	Grado en el que una persona muestra tanto compasión como hostilidad a los demás.
<b>Minuciosidad</b>	Grado de organización y compromiso con los objetivos personales
	Dimensiones de personalidad según Westen y Shedler.

**Elaborado por:** Tannia Pineda

**Fuente:** (Barlow & Durand, 2009)

Al respecto de la categorización se toma la clasificación de los trastornos de personalidad del (DSM-V, 2013) en tres grupos, A se llama “raro o excéntrico” e incluyen los trastornos de personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico. El grupo B se caracteriza por ser dramático, emocional o errático lo componen los trastornos de personalidad antisocial, límite, histriónico y narcisista, por último el grupo C se los conoce como los ansiosos o temerosos y lo comprenden los trastornos de personalidad evitativo, dependiente y obsesivo compulsivo.

### **Trastornos de Personalidad Específicos.**

Siguiendo la perspectiva planteada en el apartado anterior se considera que los individuos que presentan trastorno de personalidad paranoide se caracterizan por la desconfianza y suspicacia en exceso frente a los demás sin ninguna justificación, incapaz de confiar en los otros, pues cree que los demás lo lastimarán. El trastorno de personalidad esquizoide muestra un patrón inhibido en

cuanto a las relaciones sociales, emociones y su apariencia es fría, distante e indiferente con las demás personas. La gente con trastorno de personalidad esquizoide, se aísla socialmente y presenta conductas extravagantes, con creencias extrañas del mundo.

Paralelamente las personas con características marcadas de emocionalidad, dramatismo y erráticos, abarcan el trastorno de personalidad antisocial, su forma de comportamiento característico es el incumplimiento de las normas sociales, suelen ser irresponsables, impulsivos y embusteros, cambian constantemente de pareja, vivienda, trabajo. El trastorno de personalidad Límite presenta inestabilidad emocional y en sus relaciones con los demás, baja autoestima, gran inclinación a pensamientos suicidas. Quienes tienen trastorno de personalidad histriónica suele ser extremadamente dramático. Como último trastorno de este grupo está el narcisista que se tiene en muy alta estima a sí mismo, más allá de sus capacidades reales, se cree único por encima de los demás, cree merecer todo.

Concluyendo con los ansiosos se cataloga al trastorno de personalidad por evitación son altamente sensibles por lo que evitan las relaciones sociales, baja autoestima, temor y rechazo, conjuntamente con el trastorno de personalidad dependiente que se caracteriza por depender de los demás hasta el punto que es incapaz de tomar decisiones por sí solo, esa responsabilidad la relega a la persona de la que depende, miedo al abandono, finalmente el trastorno obsesivo compulsivo de personalidad del cual como idea central tiene que, debe hacer las cosas de manera correcta, excesiva preocupación por los detalles. Cabe recalcar que el trato con las personas que padecen cualquiera de estos trastornos de personalidad es muy difícil debido a que ellos no son conscientes de su trastorno y que sus dificultades son resultados de la forma en que se relacionen.

**Cuadro 1** Trastornos de personalidad signos y síntomas psicopatológicos

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD SIGNOS Y SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS					
Grupo		Paranoide	Esquizoide	Esquizotípico	
<b>A</b>	Raros o Excéntricos	Desconfianza	Indiferencia social y sexual	Excéntricos	
		Sospecha injustificada de engaño	Frialdad emocional	Pensamiento mágico	
		Tendencia a leer mensajes ocultos.	Solitarios	Razonamiento y discurso extraño.	
		Rencor	Carente de placer	Ideación paranoide	
		Actitud defensiva	Indiferencia	Afecto restringido	
		Sospecha de infidelidad		Ideación místicas.	
		Hostilidad			
		Antisocial	Límite	Histórico	Narcisista
<b>B</b>	Inestables	Conducta impulsiva	Inestable emocional,	Dramáticos	Importancia personal
		Conducta destructiva- agresiva	identidad,sexualidad.	Excesiva emocionalidad.	irreal y exagerada
		Falta de remordimiento.	Angustia, Ira, Rabia	Manipuladores	Fantasiioso
		Venganza.	Promiscuidad	Comportamiento estereotipado	Se cree especial
		Egocentrismo extremo.	Dramático.	Mente femeninos	Necesita exéctica
		Deshonesto	Obsesivo	Ser el centro de atención.	admiración
		Elocuente	Exacerbada emocionalidad.	Preocupación excesiva físicamente	Explotador
		Encanto superficial.	Intensidad	Conducta extravagante	Carente empático
		Carente empático	Ambivalencia efectuada	Necesidad de elogio y aprobación.	Envidia
		Inestable	Conducta parasuicida	Superficiales.	Arrogancia
		Irresponsable	Llamar la atención	Incapaz de manejar su propia vida.	
		Imprudente	Depresión	Impulsividad	
		Manipulador	Hostilidad	Habilidades asertivas	
		Promiscuos	Ansiedad	Conducta seductora	
		Carente emocional	Imprudente		
		Hurto	Hurto		
			Impulsividad		
	Dependientes				
	Impredecibles				
	Desconfiados				
	Vulnerabilidad				
	Culpabilidad				
		Evitante	Dependiente	Obsesivo Compulsivo	
<b>C</b>	Ansiosos	Timidez	Pasivas	Incapaz de tomar decisiones	
		Miedo al rechazo	Dependientes	Perfeccionismo	
		Evita relaciones sociales	Impacientes	Excesivo control	
		Inseguro	Sin autodominio	Escruposidad	
		Incompetencia	Incompetencia	Inflexibilidad	
		Inferioridad	Carente afectivo	Desconfianza	
		Vergüenza	Preocupación excesiva	Rigidez	
			Incapaz de tomar decisiones	Obstinación	

Elaborado por: Tannia Pineda

Fuente: (Halguin, 2010)

En concordancia con el tema investigativo, los trastornos de personalidad en que haré hincapié, debido a que se consideran perfiles psicopáticos o sociópatas, al conjunto de signos y síntomas que los caracterizan. Razón por la cual al trastorno de personalidad antisocial es considerado como la demencia moral debido a que el individuo que presenta dicho trastorno mayoritariamente es un sociópata. El trastorno límite de la personalidad también es un perfil de signos y síntomas

psicopatológicos vulnerable para la psicopatología sexual, al igual que el ya mencionado.

### **Psicopatía**

Cleckley, autor norteamericano, clásico en el mundo de la psicopatía, define los aspectos más importantes al referirse al diagnóstico psiquiátrico que constituyen la personalidad psicopática proponiendo una perspectiva de caracterización clínica diferente que envuelve a la criminalidad y desviación social. Este autor caracteriza a sujetos que poseen una carencia de receptividad socioemocional normal, que tiene como consecuencia un patrón de anomalía social caracterizada por rasgos como falta de remordimiento, ausencia de relaciones estrechas, egocentrismo y una pobreza afectiva general. Las investigaciones con adultos infractores muestran la íntima relación entre psicopatía y comportamiento criminal violento, persistente en el tiempo Stuss, D.T. y Benson, D. F. (1984). *Estudios neuropsicológicos de los lóbulos frontales*. Boletín de Psicología N° 95 p. 3, 28.

Las características de psicopatía desarrolladas por Cleckley, sirven de base a las investigaciones del Psicólogo Forense Robert Hare. El autor propone que un psicópata es un sujeto caracterizado por una constelación de rasgos que se agrupan en cuatro áreas: lo interpersonal, lo afectivo, el estilo de vida y el estilo antisocial. Define al psicópata como un sujeto superficial, locuaz, encantador, con una gran capacidad de manipulación y de control sobre los demás. Su emocionalidad es poco profunda, no se vincula efectivamente con nadie, y tiene una manifiesta incapacidad de sentir culpa o remordimiento por el daño causado a las víctimas. En general será un buscador de emociones fuertes, irresponsable, y tiene un estilo de vida que depende del impulso del momento. No planificará su futuro y minimizará las consecuencias de sus actos delictuales o transgresiones. Existe un desprecio total hacia los demás y tiene un marcado egocentrismo. Su estilo transgresor se expresa desde edades muy tempranas incluso antes de los 12 años. En su génesis habría un fuerte componente biológico modulado por el

medio, que se manifiesta a lo largo de la historia vital del sujeto y no a partir de un acontecimiento traumático.

Existe evidencia empírica que da cuenta de alteraciones cerebrales relacionadas con la personalidad antisocial. Estudios con Neuroimagen dan cuenta de una posible disfunción cerebral en psicópatas, esto por afectación del lóbulo frontal y de la amígdala. Se observa una disminución de volumen de la corteza prefrontal, cambios en la actividad eléctrica de la corteza frontal. Cambios en el sistema límbico. En cuanto a análisis bioquímicos, los sujetos psicópatas presentan mayores niveles de testosterona, y disminución de actividad Monoamino Oxidasa (MAO) con altos niveles de serotonina y norepinefrina. También se encuentra en psicópatas una baja actividad electrodérmica y arousal bajo. Producto de los hallazgos anteriormente señalados, posiblemente el psicópata manifestaría problemas en el procesamiento afectivo y déficit en funciones ejecutivas.

## **EMPATIA**

Empatía proviene del griego *empathia* que significa “sentir dentro”, término utilizado por los teóricos de la estética para designar la capacidad de percibir la experiencia subjetiva de otra persona. En los años veinte fue utilizada por primera vez por Titchener, psicólogo Norteamericano quien señala que la empatía surgía de una especie de imitación física de la aflicción de otro que evoca los mismos sentimientos en uno mismo.

La empatía ha sido definida comúnmente como “la capacidad para ponerse en el lugar del otro” y se le ha vinculado íntimamente con una conducta prosocial o altruista. Davis ha descrito dos componentes centrales de la empatía, la preocupación empática (sentimientos de preocupación y tristeza ante la necesidad de otra persona) y la toma de perspectiva (la habilidad para comprender el punto de vista de la otra persona). (Barlow & Durand, 2009)

De acuerdo con Ickes, la empatía es una forma compleja de inferencia psicológica en que procesos cognitivos como observación, memoria, conocimiento, y



razonamiento se combinan para ayudar a comprender los pensamientos y sentimientos de los demás. La empatía implica no sólo lo afectivo como experiencia real o inferida del estado emocional de la otra persona, sino también un reconocimiento mínimo a un estado emocional probable, es decir a una capacidad de mentalización mínima que permita explicar y predecir su comportamiento y el de los demás atribuyéndoles estados mentales tales como creencias, deseos, emociones o intenciones.

El modelo propuesto por Decety y Morigushi es uno de los más complejos e integradores, sugiere cuatro componentes principales que interactúan de forma dinámica para producir la experiencia de la empatía; a) El intercambio afectivo entre el yo y el otro, basado en la automática unión entre percepción-acción que resulta en una representación compartida, b) Conciencia de sí mismo, aun cuando haya alguna identificación temporal entre el observador y su objetivo, no hay confusión entre yo y otro, c) Flexibilidad mental para adoptar la perspectiva subjetiva del otro, d) Procesos de regulación que modulan los sentimientos subjetivos asociados a las emociones.

La empatía se basa en componentes disociables de procesamiento de información que funcionan de “abajo hacia arriba” y de “arriba abajo”. El proceso de abajo hacia arriba es automáticamente activado (sin inhibición) e involucra una entrada a través de la percepción ocurrida por la emoción compartida que lleva al reconocimiento implícito que los otros son como todas las personas (este proceso explica los fenómenos de imitación emocional y el contagio). El procesamiento de la información de arriba hacia abajo involucra funciones superiores, ejecutivas, implementadas en la corteza prefrontal, permiten regular emociones y cogniciones a través de atención selectiva y autocontrol. Este meta-nivel es continuamente actualizado por la información de abajo hacia arriba y se devuelve desde el nivel superior en control. La regulación de arriba hacia abajo, a través de las funciones ejecutivas modula el nivel bajo y provee de flexibilidad, hace que los individuos dejen de depender de causas externas. El feedback metacognitivo juega un rol crucial en darse cuenta de la propia competencia mental para reaccionar (o no) frente a los estados afectivo de otros. Sin embargo, el sistema subcortical no

pierde su función básica, podrían otorgar grados de autonomía hacia sistemas corticales más altos que pueden modular sus funciones o regular la experiencia emocional.

Bandura en la década de los ochenta, señalaba que la empatía interactuaba con reguladores cognitivos y variables situacionales y sociales. Además refiere que en general, se admite el supuesto de que la sensibilidad empática favorecerá probablemente el altruismo y reprimirá la agresión, pero el que la persona altamente empática realice o no acciones altruistas depende de otros determinantes: inductores sociales, limitaciones de la situación, los costos potenciales, disponibilidad de habilidades y de recursos necesarios para ayudar al otro, atribución de responsabilidad.

Decety & Morigushi coinciden con la propuesta de Bandura en la asociación de la empatía con conducta prosocial. Los autores proponen en relación a los psicópatas, que su “falta de empatía” característica del cuadro clínico, puede ser entendida como una interrupción del procesamiento afectivo en lugar de una incapacidad. Esto se explica por el hecho de que las personas con trastorno antisocial pueden ser hábiles para percibir las intenciones de otros sin tomar en cuenta el contenido emocional pudiendo sacar ventaja de ello. También proponen que el psicópata posee control ejecutivo, pero disfunciones en compartir los sentimientos de los demás.

## **PSICOPATIA Y ABUSO SEXUAL**

Al referirse al abuso sexual, hay que tener en cuenta que la sexualidad es inherente a la existencia y de esta forma íntegra una magnitud fundamental y sobresalientemente positiva de la propia esencia. Casi todas las personas muestran especial interés por el sexo en determinados momentos de su desarrollo. Este impulso sexual tiene una clara base genética, y es obvio que sin él, la especie no habría sobrevivido. En los delincuentes sexuales, sin embargo, el problema está en la dirección en que se manifiesta este interés. Es importante señalar al respecto

que la adquisición de impulsos sexuales desviados no conlleva que una persona sólo sea capaz de este tipo de actos (Marshall, 2001).

La intensidad del impulso sexual varía de unas personas a otras. En el caso de los agresores sexuales esta intensidad puede ser muy elevada, lo que podría explicar su tendencia a la promiscuidad (incluso con niños), que sean incapaces de vincularse a una pareja, o que lleguen a la agresión física para satisfacer sus deseos sexuales.

De todas las formas de infringir la ley, quizá, es la delincuencia sexual la que es más fuertemente rechazada por la comunidad en que se vive. El hecho de aprovecharse de víctimas indefensas y débiles como mujeres y niños, vulnera y transgrede lo más íntimo de la persona, empujándola sino a la muerte, si al abismo de la tortura psicológica más despreciable e inmerecida (Tallo, 2002).

La investigación sobre delincuentes sexuales ha seguido diversos caminos. Uno de ellos, necesariamente el primero, se ha dirigido a describir del modo más exhaustivo posible tanto los comportamientos de agresión sexual, como las características demográficas y personales más comunes de los propios agresores y de sus víctimas.

Entre los estudios que se han realizado se ha considerado la topografía de la excitación sexual, las actitudes hacia las mujeres y niños, las distorsiones cognitivas y la competencia social de los agresores sexuales. El análisis se plantea a la luz de los actuales conocimientos en la materia, de efectuar predicciones adecuadas del riesgo de comisión de nuevos delitos sexuales (Garrido y Redondo, 2006).

Los abusadores sexuales son heterogéneos en las características de personalidad y psicopatología. Pueden o no tener trastorno de personalidad y cuando lo hay, es principalmente del tipo limítrofe, con dificultad en el control de impulsos y en lograr relaciones de intimidad. En el caso de violadores es más frecuente el trastorno de personalidad antisocial. En general, presentan distorsiones cognitivas,

dificultades en el desarrollo de empatía y en la habilidad de entender y atribuir estados mentales a otros, lo que en la literatura se ha denominado la teoría de la mente.

Tienen especial habilidad para identificar niños vulnerables. Si bien el consumo de alcohol y drogas es parte del debate abierto en torno a las características de los abusadores y no se puede negar el efecto desinhibitorio de algunas drogas, se considera importante tener en cuenta que muchas veces el abusador justifica su comportamiento inadecuado por el uso de drogas, en un intento de no responsabilizarse del hecho (González, 2004).

Existe diversidad de factores, al hacer alusión a los abusadores sexuales, se puede hacer referencia a distorsiones cognitivas, a parafilias, a estructura de personalidad psicopática, por nombrar las más relevantes. Pero si, existe una relación estrecha al referirse a los violadores por poseer características propias del psicópata.

Según la revisión de la literatura especializada, se llega a la conclusión que este tipo de conducta que podría denominar desviada se inicia en la adolescencia y edad adulta, etapa en que generalmente se da la iniciación de experiencias.

Las agresiones sexuales suponen un 1% de la delincuencia y el sector vulnerable son mujeres y niños. Este tipo de delincuentes enfrentan sus problemas a través de su conducta sexual. Como tienen un comportamiento anómalo, es imposible que establezcan relaciones satisfactorias.

Los abusadores sexuales obtienen una gran excitación como consecuencia de sus prácticas desviadas, de ahí que tengan muchos problemas para inhibir ese comportamiento. Si a esta dificultad en el control del impulso sexual se le añade otras carencias en el ámbito de las relaciones interpersonales, se entenderá que les resulte muy difícil confrontar una relación adecuada con el sexo femenino, y justifiquen mediante excusas y distorsiones su desviación sexual.

En relación al comportamiento sexual de muchos perpetradores se proyecta de un modo desviado hacia objetivos sexuales inaceptables, como son los menores de edad o también en el uso de la violencia para forzar sexualmente a una mujer. Así es como lo explica, los investigadores Marshall y Redondo, estas preferencias desviadas se consolidan mediante el condicionamiento clásico, por la asociación entre excitación sexual y pornografía infantil, en el caso de los menores. Además, suelen presentar dificultades para comunicarse, por lo que las situaciones sociales las vivencias como amenazantes. Suelen presentar un gran número de distorsiones cognitivas o errores valorativos sobre las mujeres y su papel en la sociedad. Estas distorsiones o creencias erróneas orientan su conducta sexual de una manera inapropiada e ilícita, excusándose de su accionar.

Para Marshall algunos indicadores relacionados con las familias de los abusadores sexuales, es que han tenido una experiencia negativa con sus progenitores, por lo que las situaciones han sido resueltas con violencia o las han enfrentado sin hacerse cargo de la situación. Se deduce que el origen de este tipo de delincuentes se da al interior de la familia, y a esto se suma el poder del abuso de alcohol, el abuso de drogas y la negligencia hacia sus hijos, actividades delictivas y aislamiento social.

Marshall & Barbaree en el modelo para comprender la etiología de la agresión sexual, considera a tres elementos constitutivos como son: las influencias biológicas, al contexto socio-cultural y el desarrollo psicológico del individuo. Es así, como el autor aduce a la evolución de transformarse en perpetrador sexual, utiliza el significado de vulnerable. Toma en consideración la relación de los padres en referencia al apego caracterizado por la indiferencia e inconsistencia o bien la frialdad, dando como consecuencia un deterioro en su autoimagen, y un manejo deficitario al momento de enfrentarse a las dificultades de la vida.

### 2.3.2 Fundamentación teórica variable dependiente

#### Psicología Clínica

La Psicología clínica es la ciencia que estudia la conducta y los procesos mentales. Trata de describir y explicar todos los aspectos del pensamiento, de los sentimientos, de las percepciones y de las acciones humanas. Por ser una ciencia, la Psicología se basa en el método científico para encontrar respuestas. Se dedica al bienestar humano y se enfatiza en la búsqueda del conocimiento.

Detalla y determina las expresiones más importantes que manifiesta una mente alterada, también especifica los matices y la relevancia diagnóstica que se encuentran implícitos en distintos trastornos con los que puede existir una comorbilidad. El enfoque principal se encuentra direccionado al fenómeno psíquico con alteración o anormal.

Solo entonces se puede analizar sin prejuicios las manifestaciones anormales que se dan en la entrevista a fin de realizar un diagnóstico presuntivo y establecer según cada sujeto un diagnóstico final y personal.

Para el presente trabajo investigativo se piensa en que los trastornos psicológicos o conductas anormales son parte de la experiencia humana, al ser una disfunción psicológica, afectan la vida de todas las personas, ya sea de manera directa o indirecta. La conducta anormal de un individuo se encuentra asociada con la angustia y un deterioro en el funcionamiento, con una respuesta no esperada, culturalmente establecida.

Desde la perspectiva de Salud Mental surgen 4 formas prevalentes de exponer la anormalidad:

**Grafico 5** Conducta anormal



**Elaborado por:** Tannia Pineda  
**Fuente:** (Halguin, 2010, pág. 6)

Los criterios mencionados en el cuadro 2.1, a simple vista son obvios, sin embargo no es tan sencillo llegar a determinarlos, por lo que de manera sucinta lo explicare, en cuanto a la disfunción psicológica o angustia se manifiesta mediante el dolor emocional o físico lo cual al intensificarse, al individuo le dificulta funcionar, cognitiva, emocional y conductualmente.

Continuando con el deterioro o malestar se caracteriza por la expresión extrema de emociones y comportamiento. Al hablar del riesgo para sí mismo u otras personas se refiere a que sus pensamientos y conductas podrían resultar riesgosas para el bienestar físico y psicológico del individuo u otras personas, finalmente la respuesta atípica, es cuando algo, se considera anormal debido a la poca frecuencia con que se manifiesta, así que mientras más infrecuente es, más anormal se verá porque se desvía de la norma, cabe aclarar que en conjunto estos cuatro criterios son una conducta anormal, ya que por sí solas son una parte natural de la vida.

Antes de seguir, plantearé la definición de conducta anormal, enfatizando que un aspecto importante que influye de manera directa en lo que se considera normal o anormal es la perspectiva cultura, ahora según (David H & V.Mark.DURAND, 2009, pág. 4), la definición más amplia y acertada por el DSM – IV TR. “Las disfunciones conductivas, emocionales o conductuales, que son inesperados en su

contexto cultural y se asocian con malestar personal o con un deterioro sustancial en el funcionamiento, son anormales”. Razón por la cual el comportamiento que esta fuera de las normas del contexto social y cultural dentro del que tiene lugar, es anormalidad.

### **¿Qué causa la anormalidad?**

Una vez definido lo que es la anormalidad, en lo antes mencionado, ahora el objetivo es indagar que causa la anormalidad y se considera para esto tres esferas biológicas, psicológicas y sociocultural, con el fin de entender porque las personas actúan y sienten de forma diferente que se consideran anormales, en resumen lo que se entiende es que el comportamiento anormal surge de una correlación compleja de determinantes en el cuerpo, mente y ambiente o contexto social del individuo.

Al respecto con el aspecto biológico se toma en cuenta la herencia genética según los entendidos en salud mental. En lo psicológico, la perturbación surge por causa de las experiencias problemáticas personales no interpersonales, (negativas) de la vida, mismas que determinan cambios impresionantes en los sentimientos y comportamientos. También se debe a experiencias intrapsíquicas, como son las percepciones distorsionadas que generan problemas emocionales.

Como última esfera, el ámbito sociocultural, considera que gran parte de lo que son, es un constructo determinado por interacciones interpersonales que tiene lugar en el centro de la vida.

Según Halguin (2010), las causas de la anormalidad poseen los siguientes tres factores:

**Cuadro 2** Causas de la anormalidad  
**CAUSAS DE LA ANORMALIDAD**



<b>Biológicas</b>	Herencia genética
	Condiciones médicas
	Daño cerebral
	Exposición a estímulos ambientales.
<b>Psicológicas</b>	Experiencias traumáticas de la vida
	Asociaciones aprendidas
	Percepciones distorsionadas.
	Formas defectuosas de pensar.
<b>Sociocultural</b>	Perturbaciones en las relaciones extendidas.
	Agitación política o social.
	Discriminación hacia el propio grupo social.

**Elaborado por:** Tannia Pineda

**Fuente:** (Halguin, pág. 10)

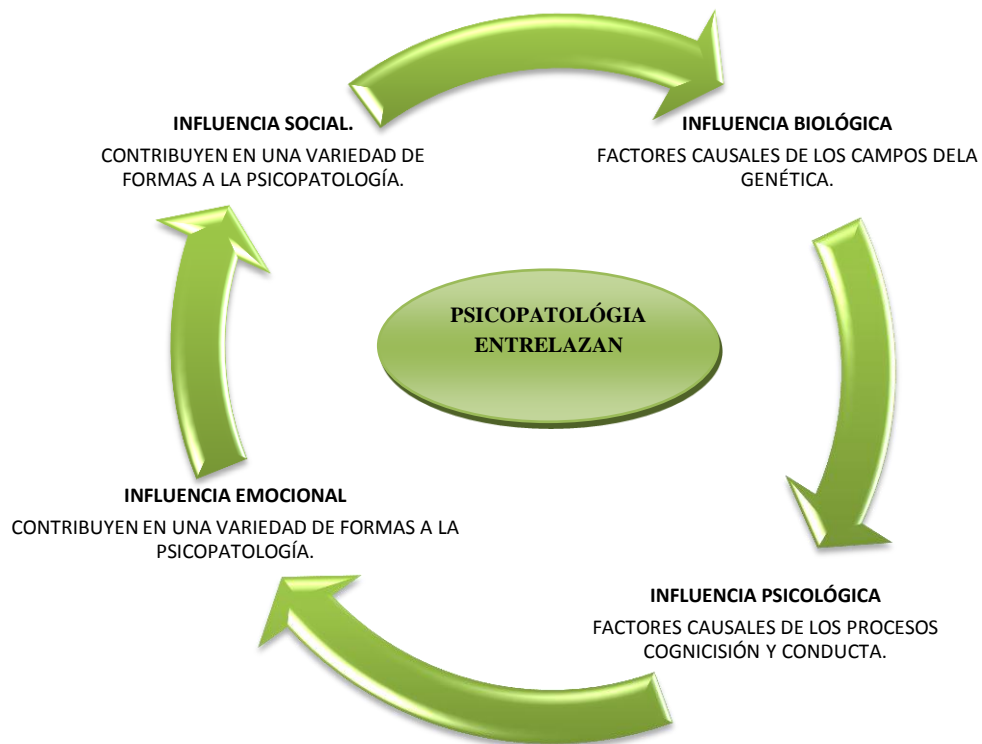
### **Psicopatología.**

La psicopatología según Eguíluz & Segarra (2010), “es el conjunto de signos y síntomas que los profesionales de la salud mental utilizan para diagnosticar las enfermedades psíquicas, y su función consiste en la descripción y explicación de la conducta patológica” , razón por la cual decir que la psicopatología es el conjunto de signos y síntomas, requiere tomar en cuenta la génesis de los mismos, debido a ello la perspectiva psicodinámica en dirección a la formación de mecanismos de defensa, cuando el sistema mental se ve perturbado o conflictuado en sus tres esferas intrapsíquicas, según Freud el “Yo” que domina el principio de la realidad, caracterizado por el pensamiento lógico racional, que determina la parte consciente de la mente, mientras que la parte inconsciente la conforman el “Ello”, pensamiento ilógico, emocional e irracional que domina el principio del placer, la tercera esfera el “Súper Yo”, que se le puede llamar conciencia, representada por los principios morales, dichos mecanismos de defensa o estilos de afrontamiento se mencionan en el DSM-V (Association, 2013) en su apéndice.

## Psicopatología como modelo multidimensional.

Se entiende en relación con lo antes citado que la psicopatología integra cuatro dimensiones: biológicas, psicológicas, emocionales y sociales, cada una de ellos con funciones específicas que explicare de manera suscrita en el grafico 2.2

**Grafico 6** Psicopatología



**Elaborado por:** Tannia Pineda

**Fuente:** (David H & V.Mark.DURAND, 2009, pág. 21).

Estas dimensiones se entrelazan y se la considera como un sistema o circuito de retroalimentación, que pueden tener entradas independientes en muchos puntos distintos de las esferas intrapsíquicas, pero a medida que cada una entra, se vuelve parte de un todo que contribuye a la psicopatología.

### **Contribución genética a la Psicopatología.**

Aun cuando la psicopatología como se mencionó antes es multidimensional, el factor genético, es determinante en generar cambios marcados en la personalidad que con la identificación a tiempo sería posible tratarla y mantener la perspectiva de tratamiento.

En la relación de los genes y la conducta se conoce la gran contribución genética a los trastornos psicológicos, de manera general, ya que aún no se ha identificado genes individuales que contribuyen de manera sustancial a los principios trastornos psicológicos. Se habla también de que existe relación entre genes y ambiente, que postula la existencia de ciertos genes inactivos, que si interactuaron de forma apropiada, en otras palabras que recibieron los estímulos adecuados y específicos y se volvieron genes activos.

### **Contribución Psicológica a la Psicopatología.**

Se plantean que son enormes las influencias cognitivas o conductuales en la psicopatología, pues abarca la forma en que cada individuo adquiere y procesa la información, sobre todo la forma en que se almacena la información, en relación con el ambiente.

### **Contribución Emocional a la Psicopatología.**

Es imprescindible recordar que las emociones desempeñan una importante y gran función en la vida cotidiana, lo que indica que un determinante en el desarrollo de la psicopatología. Las emociones están activas en los animales y en los seres humanos se experimenta un sin número de emociones frente a una gran variedad de circunstancias generales.

Se consideran que son sensaciones subjetivas, por la que resulta difícil definir las, razón por la cual se define como una tendencia de acción o comportamiento

específico. Las emociones como dato básico es de corta duración unos cuantos minutos, hasta horas, sus componentes son <<la conducta, la fisiología, o la cognición>>.

Se entiende ahora, que tratar de suprimir, o simplemente reprimir una emoción contribuye a la formación de la psicopatología, surgen de aquí los trastornos de estado de ánimo. Al alterarse las emociones básicas como la ira, el temor, la tristeza o angustia y la excitación, afectan a los procesos cognitivos.

### **Contribución Sociales Culturales e Interpersonales a la Psicopatología.**

Respecto a este enfoque, social cultural, he citado antes en el desarrollo de la fundamentación, que es el factor prevalente, pues no se debe olvidar que el ser humano es un constructo multidimensional y ampliamente social. Este poder social se caracteriza por la profundidad sustancial de dichas influencias. Concluyó mencionando que el campo de psicopatología cubren el Psicólogo Clínico y los entendidos en el área de la salud mental, con el objetivo de determinar sus causas, teniendo en mira “disminuir la desadaptación o disfunciones, o incrementar sus niveles de adaptación, mediante la evaluación de síntomas psicopatológicos, su intensidad y duración”. (Trull & Phares, 2010, pág. 115).

### **TRASTORNOS SEXUALES.**

El funcionamiento sexual es un aspecto esencial de la existencia humana, donde el factor dominante y determinante es el deseo sexual que es de tipo afectivo, cognitivo y claramente determinado por los factores psicosociales, a más añade que la excitación sexual es el afecto básico que condiciona la aparición de un constructo psicológico más elevado, el deseo erótico que está estrechamente vinculado a la relación emocional con un sujeto específico. Parte entonces de aquí

lo que puede considerarse conducta sexual anormal o desviada bajo los siguientes parámetros según (Eguíluz & Segarra, 2010, pág. 396).

- La que resulta destructiva o perjudicial para el sujeto que ha desarrollado y para quienes se ven involucradas en ella.
- Lo que no se orienta hacia el otro en un sentido estricto.
- Lo que excluye la estimulación de los órganos genitales propios y de la pareja.
- Lo que asocia de manera inapropiada a sentimientos de culpabilidad y/o ansiedad.
- Lo que presenta una naturaleza repetitiva de tipo compulsivo.

De forma general ampliamente he explicado que surge de esta manera las disfunciones sexuales con alteración de ejecución del acto sexual en los procesos fisiológicos “propios de cada etapa del ciclo de la respuesta sexual” (deseo, excitación, orgasmos resolución). (Eguíluz & Segarra, 2010)

### **Parafilias.**

Termino parafilia significa “al margen de” y filia “atracción” significa literalmente una desviación que comprende el objeto de atracción sexual de una persona. Las parafilias son trastornos en los que un individuo tiene fantasías, impulsos sexuales o comportamientos sexualmente excitantes que implican 1) objetos no humanos; 2) niños u otras personas que no dan su consentimiento o 3) el sufrimiento de sí mismos o de la pareja, según explica (Halguin, 2010, pág. 239)

Las parafilias mantiene varias clases que comparten características comunes como la dependencia del objeto de su deseo y sin él es incapaz de sentir gratificación sexual, un aspecto importante que determina las parafilias es que la mayor parte de estos hallazgos son casuales ya que se dan en episodios ocasionales, se mencionara dos o tres clases de parafilias que están ligados con la violencia sexual y se mantiene en comorbilidad con los trastornos de personalidad vulnerables que conforman el perfil psicopatológico de los delincuentes sexuales (violadores).

## **Pedofilia o Estupro.**

Se conoce que la pedofilia consiste en que el adulto mantiene recurrentemente impulsos sociales intensos e incontrolables hacia niños sexualmente inmaduros.

Para la aproximación a su víctima sea esta, desconocida o familiar se vale de métodos sutiles como juegos, regalos o pequeños favores, por otro lado también recurren a métodos peligrosos como el secuestro o delito sexual.

En relación con que la víctima (niño), de individuo pedófilo, si es cercana suele existir caricias de los genitales, sexo oral y más frecuentemente penetración vaginal, debido a que los sujetos con pedofilia son mayormente heterosexuales. Suelen valerse de amenazas, engaños, agresiones o chantajes de diversas índoles.

Se establece un perfil psicopatológico de sujeto que padece pedofilia con los siguientes signos y síntomas psicopatológicos:

### **Cuadro 3 Perfil psicopatológico. Pedofilia**

P	}	• Son heterosexuales.
E		• Comorbilidad con trastornos como consumo de alcohol u otras sustancias.
D		• Sujetos impotentes sexualmente.
O		• Aluden el coito con adultos.
F		• Cuentan con antecedentes de abuso sexual en su infancia.
I		• Trastornos afectivos.
L		• Exhibicionista.
I		• Voyerista
A		• Masturbador.
		• En casos extremos psicosis y/o retraso mental.
	• Sentimiento híbrido de pasión y culpa.	
	• Alto riesgo de suicidio.	
	• Su comportamiento varía mucho.	
	Existen sujetos que no dan rienda suelta a sus impulsos, que tienen fantasías perturbadoras.	

**Elaborado por:** Tannia Pineda  
**Fuente:** (Halguin, 2010)

### **Tipos de Pedofilia.**

“Los investigadores han recurrido a varios sistemas para clasificar a los pedófilos según Halguin (2010, pág. 240), en la que se plantea agresores situacionales, agresores preferenciales y violadores de menores”.

Es idónea dicha clasificación al referirse a la pedofilia y sus tipos que consiste en determinar la característica prevalente en cada uno de ellos, en cuanto a los agresores situacionales presentan un desarrollo e interés sexual normal, su interés principal son las relaciones con otros adultos, sin embargo frente a periodos estresantes surge el impulso sexual con niños, acompañados del sentimiento de angustia.

Por otro lado están los agresores preferenciales en el cual el comportamiento pedófilo está arraigado en su personalidad y su preferencia claramente marcada son los niños de preferencia varones. Y los más agresivos, el violador de menores que manifiesta de manera premeditada las pulsiones sexuales hostiles. **Incesto.**

Se refiere a incesto, las relaciones sexuales prohibidas, por condicionantes legales, morales y socio-religiosos, entre miembros directos de la misma familia. Es una desviación de la conducta sexual normal relativamente frecuente en todos los grupos socio culturales, más entre padres e hijos, según (Eguíluz & Segarra, 2010, pág. 429).

El incesto al igual que la pedofilia se manejan con métodos similares para llegar a su víctima, con respecto al perfil comparte con la de pedofilia, sin olvidar que dichos signos y síntomas psicopatológicos no son precisamente un requisito imprescindible. En la conducta anormal sexual, se evidencia en un bajo porcentaje la presencia de parafilias como el fetichismo, sadismo y masoquismo, conformando el perfil del delincuente sexual.

### **Sintomatología clínica.**

Al hablar de sintomatología clínica cabe tomar en cuenta la interacción que plantea Mayorga (2014) en la relación que se da entre la semiología psiquiátrica, la perspectiva psicológica y el examen mental que da paso a la aproximación de la sintomatología clínica psicológica del paciente conjuntamente con la exploración ya sea de una enfermedad o trastorno. Al ser asertivos en una evaluación clínica permite entender de manera global en funcionamiento psíquico de todos los síntomas y signos que presenta el sujeto.

Manifiesta la necesidad dividir la psiquis por área o funciones a fin de entender y poder explicar pedagógicamente debido a que el ser humano es en sí una unida compleja para que pueda ser estudiada sin la posibilidad de dividir el todo en fracciones de ningún modo aisladas, por el contrario tomando en cuenta la relación que tiene en función de un todo (Mayorga, 2014).

En relación con la necesidad de entender la psiquis se considera primero examinar la conciencia a fin de determinar la capacidad de alerta, posibles alteraciones sin olvidar evaluar el grado de conexión del sujeto tanto con su medio exterior e interior, también la atención centrando en la posibilidad del individuo de enfocarla, dirigirla y mantenerla consistentemente y voluntaria; en cuanto a la memoria y sus funciones principales como son de fijación, retención y recuperación; el lenguaje comprendido por las funciones expresivas y comunicacionales en relación a diversas patologías de origen psicológico y no orgánico; es así que se toma en consideración al pensamiento ya que su función es expresar el lenguaje debe tomarse en cuenta por su estructura lógica, organizacional, coherencia e interpretación de su realidad (Mayorga, 2014).

La exploración continua abordando las sensopercepciones que procesan los estímulos de sensaciones y percepciones tanto internos como externos sumado a esto se toma en cuenta el examen de inteligencia que se encarga de las funciones cognitivas, la capacidad de abstracción, el simbolismo y la relación que resulta que resulta con el manejo de los problemas de su diario vivir; continuando con el



juicio y raciocinio que cumplen la función de afrontamiento la realidad y de toma de decisiones; a si también el área afectiva compuesta por el estado de ánimo, sentimientos, expresiones emocionales, todo las áreas antes mencionadas se debe evaluar la intensidad, calidad y relación con su medio.

Finalmente se recalca que la función de un examen psicopatológico de explorar tanto la conducta social como su adaptación al medio se debería tomar en cuenta ciertos aspectos que conforman la vida instintiva como el sueño, la sexualidad, alimentación, también las formas habituales de obtener placer entre otras cosas en conjunto todo lo mencionado conducirá a un estudio global de la personalidad considerando los criterios de la misma como son flexibilidad de comportamientos, rasgos habituales entre otros.

En cuanto al inventario de sintomatología clínica es un conjunto de dimensiones:

Somatización se manifiesta un conjunto de síntomas corporales sin causa orgánica es así que las personas que manifiestan estos síntomas tienden a exagerar y dramatizar la duración e intensidad de los mismos como por ejemplo dolores de cabeza u otras partes del cuerpo. Surgen de dicha manifestación somática, los trastornos de somatización en comorbilidad de algún acontecimiento estresante en el área psicosocial del individuo según (Barlow & Durand, 2009).

Obsesión y compulsión se habla de un trastorno ya que se considera dos conjuntos de síntomas tanto de acto como pensamiento que van en contra de la voluntad de la persona, se instaura de manera inconsciente causando un deterioro significativo en las relaciones tanto personales como interpersonales.

Sensitividad interpersonal hace referencia con la capacidad de comprender emocionalmente a otra persona conjuntamente con la habilidad de percibir la forma en como aprecia el otro su entorno. Sentimientos de inadecuación e insuficiencia personal, en especial al compararse con otras personas (autocensura, incomodidad y malestar en las interacciones sociales)

Depresión es la manifestación del equilibrio o desequilibrio emocional del individuo que produce un malestar significativo en su relación con el entorno debido a que se genera un trastorno afectivo. Incluye la mayoría de los principales síntomas típicos de los trastornos del espectro depresivo de acuerdo a los criterios diagnósticos corrientes (disforia, falta de motivación, pérdida de intereses, falta de energía, llanto, desesperanza, tristeza, ideación suicida)

Ansiedad son síntomas, cognitivos y comportamentales, asociados clínicamente con una manifestación exacerbada de ansiedad (nerviosismo, temblores, miedos, inquietud, palpitaciones).

La hostilidad son pensamientos, sentimientos y acciones característicos del estado afectivo negativo de ira, enojo o rabia (fastidio, enojo, malhumor, comportamiento explosivo, necesidad de golpear a alguien o romper cosas)

Ansiedad fóbica es la respuesta persistente de miedo (a personas, lugares, objetos o situaciones específicas) irracional y desproporcionada respecto al estímulo que la provoca, lo que ocasiona una conducta de evitación o escape. Varios de los síntomas de esta dimensión son típicos de la agorafobia (miedo a los espacios abiertos, a salir o estar solo, a viajar en medios públicos de transporte)

Ideación paranoide son distorsiones cognitivas típicas del comportamiento paranoide, concebido como un trastorno del pensamiento (proyección, suspicacia, desconfianza, temor a la pérdida de autonomía, delirios)

Psicoticismo está representado como una expresión de la experiencia humana. Incluye un amplio espectro de síntomas referidos a al espectro psicótico, desde una leve alienación interpersonal a la evidencia más certera de la psicosis (sentimientos de soledad, estilo de vida esquizoide, control e inserción del pensamiento, alucinaciones, pensamiento bizarro).

## **2.4 Hipótesis**

### **2.4.1 Hipótesis Alterna (Hi)**

- Existe relacion entre los niveles de psicopatía y la sintomatología clínica psicológica de los procesados por abuso sexual en el Centro de privación de libertad de personas adultas en conflicto con la ley - Ambato.

### **2.4.2 Hipótesis Nula (Ho)**

- No existe relacion entre los niveles de psicopatía y la sintomatología clínica psicológica de los procesados por abuso sexual en el Centro de privación de libertad de personas adultas en conflicto con la ley- Ambato.

## **2.5 Señalamientos de Variables**

### **Variable Independiente**

- Los niveles de psicopatía

### **Variable Dependiente**

- La sintomatología clínica psicológica en los individuos procesados por abuso sexual.

### **Términos de relación**

- Relación



## **CAPITULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1 Enfoque de la Investigación**

Esta investigación utiliza un enfoque cuanti - cualitativo; cuantitativo, se utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente a través de la medición numérica, el conteo y el uso de la estadística, para así establecer con exactitud los patrones de comportamiento de una población. Paralelamente es cualitativo, pues se basa en descripciones y observaciones; los dos usan fases similares y relacionadas entre sí, como la observación y evaluación de fenómenos, el establecimiento de ideas como resultado de la investigación, las pruebas que demuestren el fundamento de la investigación, la revisión de ideas con base en la investigación, todo esto, con soporte del Marco Teórico.

#### **3.2 Modalidades de la Investigación.**

##### **3.2.1 Investigación Bibliográfica.**

La investigación es bibliográfica, debido a que se obtiene información a través de la búsqueda de datos contenidos en documentos como libros mencionados en la bibliografía del presente trabajo, en los documentos del centro de privación de la libertad de personas adultas en conflicto con la ley- Ambato como las historias clínicas de cada uno de los victimarios, objeto de estudio de esta investigación, a más artículos estadísticos que contienen la información pertinente sobre la población carcelaria por violencia sexual en el país, para sustentar la investigación.

##### **3.2.2 Investigación de Campo.**

La presente investigación emplea la modalidad de campo, pues se presenta mediante la manipulación de una variable externa no comprobada, y se trata de crear condiciones rigurosamente controladas, con el fin de describir de qué modo

o por qué causas se produce una situación o acontecimiento particular, en este caso el delito sexual.

### 3.3 Tipo de Investigación.

De tipo no experimental debido a que se limita a recoger información mediante el empleo de las pruebas correspondientes

#### 3.3.1 Asociación de variables

Se la llevará a nivel de variables porque permite estructurar predicciones a través de la medición de la relación entre variables, en este caso los niveles de psicopatía y la sintomatología clínica psicológica en la (Violencia sexual).

Además se puede medir el grado de relación entre variables y a partir de ello, determinar tendencias o modelos de comportamiento mayoritario, aunque en el presente caso la población de estudio sea limitada.

### 3.4 Población y Muestra.

#### Población.

La población estará constituida por 40 individuos procesados por violencia sexual, entre (18-65 años) edad cronológica, reincidentes en el delito, en el periodo 2014, cuentan con educación primaria, se encuentran privados de la libertad, debido a que están legalmente sentenciados a condenas de prisión por el delito sexual, en el CPLPAPL- Ambato.

En vista de que la población es de 40 individuos no se calculara muestra, por lo tanto se trabajara con toda la población antes mencionada.

**Tabla 2** Casos de delito sexual en el centro de rehabilitación social Ambato.

POBLACIÓN			
EDAD	COMPOSICION	CANTIDAD	PORCENTAJE
18-32	<b>Joven</b>	<b>7</b>	17.5%
33-46	<b>Adultos joven</b>	28	70%
47-65	<b>Adultos mayor</b>	5	12.5%
	<b>Total</b>	<b>40</b>	100%

**Fuente:** Investigación de campo, historia clínica

**Elaborado por:** Tannia Pineda

### **Análisis e interpretación de datos:**

El rango de mayor porcentaje en la incidencia de abusadores sexuales es del 70% y oscila entre de 33 a 46 años edad, seguido del 17.5% que comprende de 18 a 32 años de edad, finalmente el 12.5% correspondiente a los individuos de 47 a 65 años de edad.

Debido a que la muestra se emplea en investigaciones con una población superior a los 200 examinados, en este caso es innecesaria, ya que la población o universo no es fácilmente abarcable.

No de Casos= 40

**Tabla 3** Nivel de instrucción de los reclusos internos

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	POBLACIÓN	
	PERSONAS	PORCENTAJE
Primaria	21	52.5%
Secundaria	14	35,00%
Superior	5	12,50%
	40	100%

**Fuente:** Investigación de campo, historia clínica

**Elaborado por:** Tannia Pineda

### **Análisis e interpretación de datos:**

El indicador de porcentajes señala que el 52.5% de los individuos procesados por abuso sexual tienen instrucción primaria, mientras que el 35% instrucción secundaria, sin embargo el 12.5% son victimarios con instrucción superior.

**Tabla 4** Tipo de hogares de procedencia

<b>TIPO DE HOGAR</b>	<b>PERSONAS</b>	<b>%</b>
<b>COMPLETO FUNCIONAL</b>	4	10%
<b>COMPLETO DISFUNCIONAL</b>	10	25%
<b>INCOMPL. FUNCIONAL</b>	3	7.5%
<b>INCOMPL. DISFUNCIONAL</b>	8	20%
<b>REORG. FUNCIONAL</b>	2	5%
<b>REORG, DISFUNCIONAL</b>	13	32.5%
	40	100%

**Fuente:** Investigación de campo, historia clínica

**Elaborado por:** Tannia Pineda

#### **Análisis e interpretación de datos:**

Conocer el tipo de hogar de procedencia de los abusadores sexuales es un variable importante en el desarrollo de los mismos ya que interviene en el apareamiento de conductas desadaptativas, el cuadro indica que los mayores porcentajes están en dirección a hogares completo, incompleto y reorganizado disfuncional.



### 3.5 Operacionalización de las variables

3.5.1 Tabla 5 Operacionalización variable independiente: Niveles de Psicopatía

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	Técnicas e Instrumentos
Psicopatía termino tradicional que indica un trastorno de personalidad distinguido por la impulsividad, la irresponsabilidad en las tareas cotidianas, la búsqueda constante de sensaciones, la frialdad emocional y el quebrantamiento de las normas sociales según (Ronald, 2009)	➤ Interpersonal	Encanto superficial Manipulación Mentiroso patológico autovalía	1,2,4,5,13	Escala de psicopatía de Hare
	➤ Afectiva	Falta de empatía Falta de arrepentimiento y culpa Afecto superficial	6,7,8,17	
	Desviación social			
	➤ Estilo de vida	Impulsividad Estilo de vida parasito Tendencia al aburrimiento Irresponsabilidad	3,15,13,14,16	
	➤ Antisocial	Conducta sexual promiscua Pobre Autocontrol Actitud predatoria	9,10,11,12,18,19,20	

Fuente: Investigación bibliográfica

Elaborado por: Tannia Pineda

**3.5.2 Tabla 5 Operacionalización variable independiente:** La sintomatología clínica psicológica

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMES BÁSICOS	Técnicas e Instrumentos
Síntomas psicológicos.- Son signos y síntomas dentro de un cuadro clínico presentes sin causa alguna que los justifique, son indicadores de la salud psicológica y física.	Somatización	disfunciones corporales (cardiovasculares, respiratorias, gastrointestinales) dolores físicos (cefalea, lumbalgia, musculares)	¿Dolores de cabeza? ¿Dolores en el corazón o en el pecho?	Cuestionario de 90 síntomas (scl-90-r)
	Obsesión y compulsión	pensamientos, impulsos y acciones involuntarias	¿Que se le quede la mente en blanco? ¿Dificultad en tomar decisiones?	
	sensibilidad interpersonal	autocensura, incomodidad y malestar en las interacciones sociales	¿Sentirse inferior a los demás? ¿Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto?	
	depresión	Disforia, falta de interés, falta de energía, desesperanza, llanto, tristeza, ideación suicida.	¿Pérdida de deseo o placer sexual? ¿Sentirse bajo de energías o decaído?	
	ansiedad	nerviosismo, temblores, miedos, inquietud, palpitaciones	¿Sentirse bajo de energías o decaído? ¿Tener miedo de repente o	

sin razón?

hostilidad

Romper cosas, necesidad de golpear a alguien, enojo, comportamiento explosivo, fastidio, malhumor.

¿Tener discusiones frecuentes?  
¿Sentirse fácilmente molesto, irritado o enfadado?

ansiedad fóbica

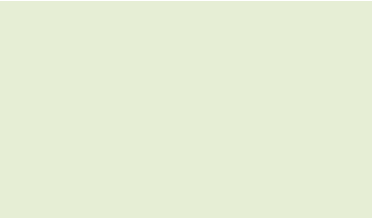
Miedo a estar solo o a salir, miedo a los espacios abiertos o viajar a medios públicos de transporte.

¿Sentirse nervioso cuando se queda solo?  
¿Miedo a salir de casa solo/a?

ideación paranoide

proyección, suspicacia, desconfianza, temor a la pérdida de autonomía, delirios

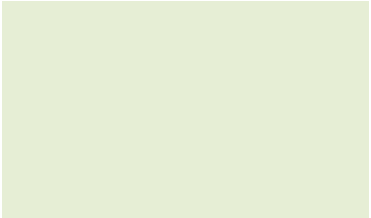
¿Idea de que no se puede confiar en la gente?  
¿Tener ideas o creencias que los demás no comparten?



psicoticismo

Control e inserción del pensamiento, sentimiento de soledad, alucinaciones, estilo de vida esquizoide, pensamiento bizarro,

¿Tener pensamientos que no son suyos?  
¿La idea de que algo anda mal en su mente?



---

**Fuente:** Investigación bibliográfica

**Elaborado por:** Tannia Pineda

### **3.6 Técnicas e Instrumentos**

#### **Técnica**

##### **Entrevista**

Dirigido a los adultos internos en el Centro de privación de libertad de personas adultas en conflicto con la ley- Ambato conjuntamente con la Historia Clínica Psicológica Anexo I para obtener datos específicos acerca del motivo de consulta y el desarrollo del problema.

#### **Instrumento**

##### **Escala de Psicopatía Revisada PCL-R**

**Escala de Psicopatía Revisada** Hare (2010) adaptada y estandarizada en la población Mexicana (Ostrosky et al., 2008). La escala incluye 20 ítems que se califican con un sistema de tres puntos obteniendo un puntaje total de 0 a 40 puntos. Las evaluaciones se basaron en la revisión de la historia criminal y en una entre- vista semi-estructurada que aborda detalladamente todos los aspectos de la PCL-R. El tiempo de aplicación de la PCL-R fue de 1.5 a 3.5 horas.

Presenta una confiabilidad interna media de alfa de Cronbach igual a 0.91; F1=0.86; F2=0.87; F3=0.67; F4=0.77.

Las áreas que detalla el cuestionario según Hare (2010):

- **Locuacidad /encanto Superficial**

Se da una descripción objetiva en cuanto a las características que presenta una persona que sea locuaz, voluble, demasiado superficial sin olvidar que su buen humor está a flor de piel con un singular encanto que tiende a presentarse a sí mismo como un ente falso debido a su gran imaginación de manera convincente.

- **Sensación grandiosa de la autovalía**

Caracteriza a un individuo muy seguro de sí mismo que tiene hinchado el ego y sobreestimado su autovalía tiende a exagerar habilidades aun cuando la realidad de su vida se ve reflejada en sus fracasos.

- **Necesidad de estimulación/tendencia al aburrimiento**

El individuo presenta intolerancia o rechazo a actividades monótonas o rutinarias debido a que le gusta vivir al borde o en actividades excitantes que generalmente presentan riesgo, es así que si consume alguna droga prefiere las estimulantes.

- **Mentira patológica**

Consiste en que el individuo que la presenta se caracteriza por hacer de la mentira parte de su relación con los otros se convence de la mentira que dice, no siente vergüenza si lo descubren, tiende a fluir con gran facilidad la mentira aun cuando romper sus promesas para justificarlas.

- **Dirección/Manipulación**

Este ítem tiene relación con el anterior que es mentira patológica solo que en este sentido la mentira es más elaborada con el fin de obtener un beneficio tanto económico como personal puesto que se lleva a cabo fraudes, engaños.

- **Falta de remordimiento y culpabilidad**

De forma global este individuo carece de reacción emotiva ya que no le preocupa la consecuencia de sus actos por lo que no llega a sentir algún sentimiento de remordimiento o culpa, pues no se hace cargo de su responsabilidad en cuanto a sus actos ya que prefiere buscar otros culpables por comodidad.

- **Escasa profundidad de los afectos**

Quien presente la escasa profundidad de afectos es incapaz de manifestar sus emociones ya que cuando lo hace son realmente superficiales y de corta duración por lo que se consideran algo fingido o dramático esto se considera que hay un impedimento de la manifestación de emociones por causa de orgullo o ego.

## **Insensibilidad/falta de empatía**

Se presenta tan insensible frente a los otros que no le interesa la felicidad de su igual es completamente incapaz de ponerse en el lugar del otro por lo que no llega a sentir o imaginar cómo se sienten las otras personas.

- **Estilo de vida parasito**

De manera consiente este individuo tiende a buscar depender tanto económicamente de los demás no dura en ningún trabajo puesto que no le gusta complicarse la vida por comodidad, así que va de familiar en familiar buscando la forma de depender de los otros.

- **Conducta sexual promiscua**

Se caracteriza por una conducta sexual ocasional y con distintas parejas, muy activa sin importar en ocasiones el sexo de la otra persona también no presenta interés profundo por la otra persona ni las consecuencias que tenga una relación promiscua.

- **Problemas de conducta precoces**

Se caracteriza por presentar conductas desadaptativas socialmente a temprana edad entre las conductas se puede ver hurtos, vandalismo, consumo de sustancia, relaciones sexuales precoces, incendios entre otras.

- **Falta de metas realistas a largo plazo**

Es un individuo que no se impacienta o preocupa por lo poco que ha logrado en toda su vida no pretende ni tiene la más mínima intención de plantearse metas realistas con logros personales, sin duda prefiere vivir el día a día.

- **Impulsividad**

Es un individuo que reacciona de manera espontánea sin reflexionar en los pro o contra de los actos que comete más por el contrario suele responder de manera impulsiva a todas las cosas, es acción reacción de manera instantánea.

- **Irresponsabilidad**

Se caracteriza por que el individuo no cumple con sus responsabilidades prefiere evadirlas aun siendo consciente de que lo está siendo es negligente frente a sus deudas o prestamos lo cual le acarrea problemas y sin embargo no asume sus responsabilidades.

- **Incapacidad de aceptar la responsabilidad de sus propias acciones**

El individuo es incapaz de asumir la responsabilidad de sus propias acciones le resulta fácil delegar la responsabilidad a familiares u otras personas.

- **Varias relaciones maritales breves**

Este individuo suele permanecer en matrimonios tanto legales como no en lapsos cortos, debido a que no es un vínculo de responsabilidad lo que adquiere por el contrario es una satisfacción personal que satisface.

- **Delincuencia juvenil**

Es cuando un individuo comete delitos antes de la edad legalmente justificada que es los 18 años, cumpliendo ciertos criterios de los cuales se toma en cuenta que sean delitos con la ley de por medio como haber estado ya cumpliendo una sentencia en algún centro de menores.

- **Revocación de la libertad condicional**

Es cuando el individuo no respeto los parámetros de la libertad condicionada y pierde dicha libertad por motivo de su irresponsabilidad y falta de autodominio sin valorar lo que se ganó que en este caso es la libertad condicionada.

- **Versatilidad Crimina**

Aquí el individuo se caracteriza por mantener una carrera criminal a lo largo de su vida.

### **Cuestionario SCL90 R**

El inventario de síntomas SCL-90-r (Leonard R. Derogatis, 2009)Se utiliza el Cuestionario, SCL-90 fue diseñado en 1983 para **evaluar síntomas** psicológicos



y psiquiátricos presentes tanto en pacientes médicos o psiquiátricos como en individuos normales.

Es una técnica de Screening. Está conformado por 90 ítems y se responde sobre la base de una escala de cinco pun: 0-4. (Nada/Muy Poco/Poco/Bastante/Mucho)

Se le solicita al evaluado que responda en función de cómo se ha sentido durante los últimos 7 días, incluyendo el corriente. Es aplicable a personas de 13 a 65 años. Y en circunstancias normales, su administración requiere de 15 minutos.

Puntuación: Se convierten las Puntajes Brutos en Puntuaciones T normalizadas. Toda puntuación T normalizada igual o mayor a 63 se considera elevada y es indicativa de una persona en riesgo.

El SCL-90-R Leonard (2009) se lo considera como un instrumento de gran utilidad para determinar una amplia gama de sintomatología psicopatológica. Abarca 9 escalas de sintomatología muy fácil de ser aplicada ya se la presenta como autoaplicable que evalúa el grado de malestar psicológico significativo que presentan las personas. Para la aplicación se debe considerar el tiempo de los síntomas que se presentan en la última semana. La población en la que puede ser aplicado es en poblaciones normales, poblaciones psicológicas y psiquiátricas. Dentro del contexto clínico se pueden utilizar las escalas como: cribado a fin de identificar ciertas características de conflicto también de evaluación de las características clínicas con el objetivo de identificar el adecuado tratamiento, evaluar los beneficios y aspectos adversos del tratamiento.

- Somatización SOM

Percepción de malestares relacionados con distintas disfunciones corporales (cardiovasculares, respiratorias, gastrointestinales) y con dolores físicos (cefalea, lumbalgia, musculares)

- Obsesiones y compulsiones OBS

Síntomas característicos del trastorno del mismo nombre (pensamientos, impulsos y acciones vivenciados como involuntarios, no deseados, egodistónicos e imposible de controlar)

- Sensitividad interpersonal SI

Sentimientos de inadecuación e insuficiencia personal, en especial al compararse con otras personas (autocensura, incomodidad y malestar en las interacciones sociales)

- Depresión DEP

Incluye la mayoría de los principales síntomas típicos de los trastornos del espectro depresivo de acuerdo a los criterios diagnósticos corrientes (disforia, falta de motivación, pérdida de intereses, falta de energía, llanto, desesperanza, tristeza, ideación suicida)

- Ansiedad ANS

Síntomas, cognitivos y comportamentales, asociados clínicamente con una manifestación exacerbada de ansiedad (nerviosismo, temblores, miedos, inquietud, palpitaciones). Se incluyen algunos correlatos somáticos de la ansiedad

- Hostilidad HOS

Pensamientos, sentimientos y acciones característicos del estado afectivo negativo de ira, enojo o rabia (fastidio, enojo, malhumor, comportamiento explosivo, necesidad de golpear a alguien o romper cosas)

- Ansiedad fóbica FOB

Respuesta persistente de miedo (a personas, lugares, objetos o situaciones específicas) irracional y desproporcionada respecto al estímulo que la provoca, lo

que ocasiona una conducta de evitación o escape. Varios de los síntomas de esta dimensión son típicos de la agorafobia (miedo a los espacios abiertos, a salir o estar solo, a viajar en medios públicos de transporte)

- Ideación paranoide PAR

Distorsiones cognitivas típicas del comportamiento paranoide, concebido como un trastorno del pensamiento (proyección, suspicacia, desconfianza, temor a la pérdida de autonomía, delirios)

- Psicoticismo PSC

El psicoticismo está representado como una expresión de la experiencia humana. Incluye un amplio espectro de síntomas referidos a al espectro psicótico, desde una leve alienación interpersonal a la evidencia más certera de la psicosis (sentimientos de soledad, estilo de vida esquizoide, control e inserción del pensamiento, alucinaciones, pensamiento bizarro) Ítems adicionales 7 ítems que no forman parte de ninguna dimensión pero si de los índices generales. Se relacionan con problemas de sueño, problemas con la comida, culpa y pensamientos de muerte.

En cuanto a los índices generales menciona (Sanchez, 2009) que:

- Índice de Severidad Global (ISG)

Indicador del nivel actual de la severidad del malestar general percibido. Combina el número de síntomas presentes con la intensidad del malestar. Para ello, debe sumarse el total de los puntajes de las respuestas a todos los ítems y dividirlo por el número total de ítems (90). Proporciona, en un único número, el grado de patología de una persona. [Amplitud teórica 0-4]

- Total de síntomas positivos (TSP)

Se calcula sumando el total de ítems marcados como positivos (respuesta mayor a 0). Puntuaciones extremas se consideran indicadores de un intento consciente de mostrarse mejor de lo que realmente se está o, por el contrario, de la tendencia a exagerar el malestar psicológico. Gonzáles de Rivera y otros (2002), señalan que un valor menor de 4 es sospechoso de negación de síntomas o de minimización de patología, mientras que uno mayor de 50 en varones o 60 en mujeres es indicador de la tendencia a la exageración de la patología. [Amplitud teórica 0-90]

- Índice de malestar sintomático positivo (IMSP)

Evalúa el estilo de respuesta, detectando tendencias a la minimización o a la exageración del estado de malestar. Se calcula sumando el total de los ítems marcados como positivos, como en el caso del ISG, pero dividiendo por el total de síntomas presentes (TSP), [amplitud teórica 0-4].

### **Validez y confiabilidad**

La validez de los instrumentos vendrá dado por la técnica llamada “Juicio de expertos”; mientras que, su confiabilidad se lo hará a través de la aplicación de una prueba piloto a un grupo reducido de iguales características del universo investigado, para detectar posibles errores y corregirlos a tiempo, antes de su aplicación definitiva.

Presenta una confiabilidad  $\alpha$  de cronbach= 0.72 a 0.86

### **3.7 Recolección de información**

Para el proceso de recolección, procesamiento, análisis e interpretación de la información del informe final se realizó de la siguiente manera.

**Cuadro 4** Recolección de la información

Preguntas Básicas	Explicación
1.- ¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos planteados en la investigación
2.- ¿A qué personas?	Personas privada de la libertad por abuso sexual en el centro de privación de la libertad de personas adultas en conflicto con la ley-Ambato
3.- ¿Sobre qué aspecto?	Los niveles de psicopatía La sintomatología clínica psicológica
4.- ¿Quién?	Tannia Pineda (El investigador)
5.- ¿Cuándo?	Año 2013-2014
6.- ¿Cuántas veces?	La historia clínica y los test serán aplicadas una vez por cada uno
7.- ¿técnicas de recolección?	HC, observación, test y documental.
8.- ¿con que?	Inventario de síntomas SCL-90-r Escala de Psicopatía Revisada PCL-R

**Elaborado por:** Tannia Pineda

### **3.8 Procesamiento y análisis de información**

Para el procesamiento de la información se procedió de la siguiente manera:

- Revisión crítica de la información
- Repetir la recolección de la información si es necesario, a fin de corregir las fallas en las repuestas.
- Tabulación de los cuadros acorde a los objetivos específicos.
- Análisis de los datos mediante gráficos estadísticos

- Análisis de resultados estadísticos, destacando tendencias o relaciones fundamentales de acuerdo con los objetivos e hipótesis.
- Analizar la hipótesis con los resultados obtenidos para verificarla o rechazarla.
- Elaborar una síntesis de los resultados, es decir conclusiones y recomendaciones.
- A partir de las recomendaciones se elaboró una propuesta.

## **CAPÍTULO IV**

### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

En la presente investigación se utilizó, el cuestionario o Escala de Psicopatía de Hare, para medir los niveles de psicopatía en los reclusos con el fin de medir la variable independiente conjuntamente con el inventario de sintomatología SCL-90R (cuestionario de sintomatología clínica) dirigido a la población de estudio que son las personas privada de la libertad (PPL) legalmente sentenciados a condena de prisión con el objetivo de medir la variable dependiente. Se aplicó las relacionadas con la presente investigación.

#### **POBLACIÓN CARCELARIA**

##### **4.1 Análisis cuali - cuantitativo**

###### **4.1.1 Análisis e interpretación de resultados Psicopatía de Robert D. Hare**

## 1. Locuacidad / Encanto superficial.

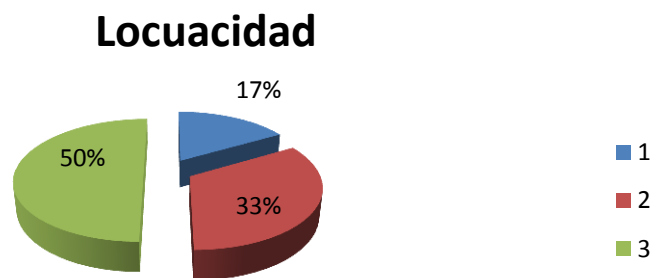
**Tabla 6** Locuacidad

OPCIONES	N° de personas	PORCENTAJE
1	2	5,0%
2	15	37,50%
3	23	57,50%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Escala de Psicopatía Robert D. Hare

**Elaborado por:** Tania Pineda

**Grafico 7** Locuacidad



**Fuente:** Tabla 1 Locuacidad

**Elaborado por:** Tania Pineda

### **Análisis:**

El 57,5% que representan 23 personas son aplicables a la locuacidad, el 37,5% que representan 15 personas son aplicables en cierto sentido a la locuacidad, el 5% que representa a dos persona que no son aplicables a la locuacidad.

### **Interpretación:**

En el presente grafico se evidencia de manera clara los niveles de psicopatía que se obtuvieron en los resultados arrojados por el cuestionario aplicado en la presente investigación que muestra que la población investigada presenta el mayor nivel de psicopatía en cuanto a la locuacidad o encanto superficial que presenta la muestra de estudio, seguido de las tendencias a la psicopatía en donde se percibe medianamente los niveles de intensidad en relaciona que la persona sea voluble, superficial, completamente falso entre otras cosas que complementan su engaño como algo real, terminando con una mínima parte de población que representa la norma social ,en otras palabras no presenta niveles de psicopatía.



## 2. Egocentrismo / Sensación grandiosa de la autovalía.

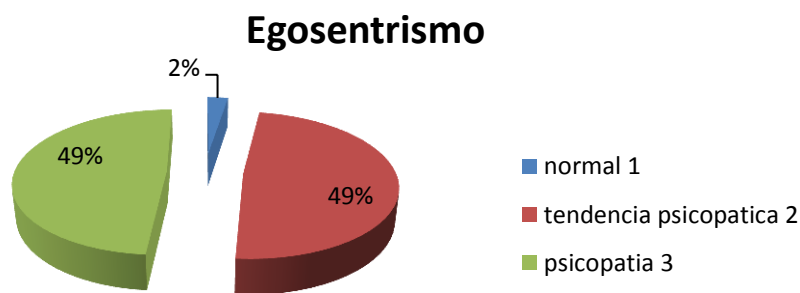
**Tabla 7** Egocentrismo

OPCIONES	N° de personas	PORCENTAJE
1	2	5,0%
2	22	55,00%
3	16	40,00%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Escala de Psicopatía Robert D. Hare

**Elaborado por:** Tania Pineda

**Grafico 8** Egocentrismo



**Fuente:** Tabla 2 Diagnóstico previo de psicopatía

**Elaborado por:** Tania Pineda

### **Análisis:**

En la presente tabla se aprecia que un 55% que representan 22 personas son aplicables en cierto sentido al egocentrismo, el 40% que representan 16 personas son aplicables al egocentrismo, el 5% que representa 2 personas en las que no es aplicable al egocentrismo.

### **Interpretación:**

En relación con el gráfico se puede valorar que en cuanto a los niveles de psicopatía; psicopatía y tendencias psicopáticas presentan porcentajes altos en relación a la sensación de grandiosidad de la autovalía donde se estima en cada uno de los individuos evaluados y que arrojan puntuaciones positivas en estos niveles, características como sentirse muy seguro de sí mismo, obstinado y fanfarrón aun cuando esta actitud es inconsistente, también se estima un mínimo porcentaje de niveles normales dentro del universo de estudio.

### 3. Necesidad de estimulación/tendencia al aburrimiento

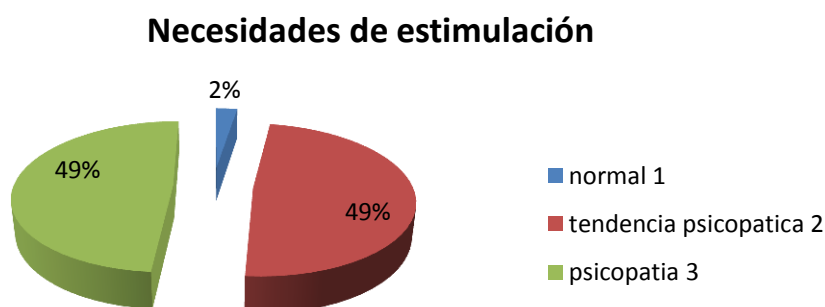
**Tabla 8** Necesidad de estimulación

OPCIONES	N° de personas	PORCENTAJE
1	2	5,0%
2	18	45%
3	20	50%
TOTAL	<b>40</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Escala de Psicopatía Robert D. Hare

**Elaborado por:** Tania Pineda

**Grafico 9** Necesidad de estimulación



**Fuente:** Tabla 3 Necesidad de estimulación

**Elaborado por:** Tania Pineda

#### **Análisis:**

La presente tabla señala que el 50% representan 20 personas son aplicables a necesidades de estimulación, el 45% representan 18 personas que son aplicables en cierto sentido a necesidades de estimulación, el 5% que representan dos personas no aplicables a necesidades de estimulación.

#### **Interpretación:**

Al respecto con el gráfico presente se estima que en porcentajes similares y altos la población investigada presenta psicopatía al igual que tendencias psicopáticas donde los individuos demuestran necesidad de estimulaciones excesivas y sobre todo se muestra renuente al aburrimiento, continuando una población pequeña que no presenta estas necesidades de estimulación.

#### 4. Mentira patológica

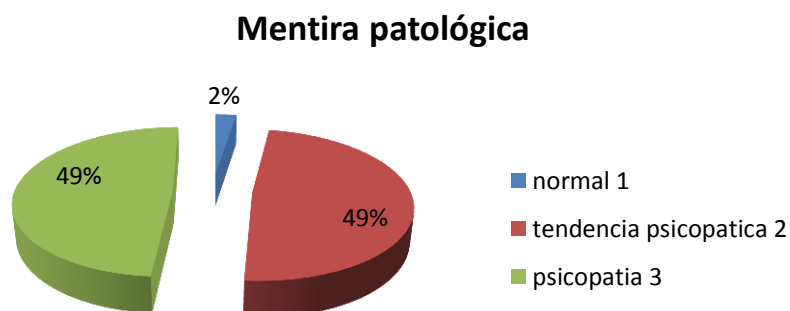
**Tabla 9** Mentira patológica

OPCIONES	N° de personas	PORCENTAJE
1	4	10,0%
2	12	30,00%
3	24	60,00%
TOTAL	40	100%

**Fuente:** Escala de Psicopatía Robert D. Hare

**Elaborado por:** Tania Pineda

**Grafico 10** Mentira patológica



**Fuente:** Tabla 4 Mentira patológica

**Elaborado por:** Tania Pineda

#### **Análisis:**

El 60% que representan 24 personas son aplicables a mentiras patológicas, el 30% que representan 12 personas son aplicables en cierto sentido a mentiras patológicas, el 10% que representan 4 personas no son aplicables a mentiras patológicas.

#### **Interpretación:**

En concordancia con la tabla el gráfico presenta de manera representativa los altos niveles de psicopatía conjuntamente con la tendencia psicopática de los individuos evaluados, donde la mentira y el engaño forman parte primordial en su relaciones interpersonales que a su vez en un futuro se verán defraudados, continuando con una minoría que presentan conductas dentro de la norma.



## 5. Dirección/Manipulación

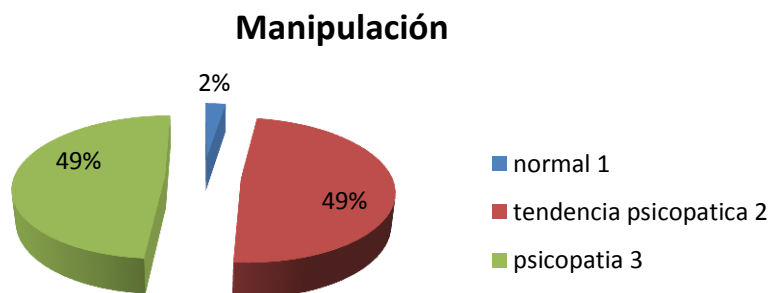
**Tabla 10** Manipulación

OPCIONES	N° de personas	PORCENTAJE
1	3	7,5%
2	16	40,00%
3	21	52,50%
TOTAL	40	100%

**Fuente:** Escala de Psicopatía Robert D. Hare

**Elaborado por:** Tania Pineda

**Grafico 11** Manipulación



**Fuente:** Tabla 5 Manipulación

**Elaborado por:** Tania Pineda

### **Análisis:**

La tabla indica que 53% que representan 21 personas son aplicables a manipulación, el 40% que representan 16 personas son aplicables en cierto sentido a manipulación, el 7,5% que representan 3 personas no son aplicables a manipulación.

### **Interpretación:**

En relación con el gráfico se puede valorar que en dirección a los niveles de psicopatía; psicopatía y tendencias psicopáticas presentan porcentajes altos en relación a la manipulación y dirección con el fin de obtener ganancias personales donde se estima en cada uno de los individuos evaluados arrojan puntuaciones positivas en estos niveles, cayendo así en la mentira patológica también se estima un mínimo porcentaje de niveles normales dentro del universo de estudio.

## 6. Falta de remordimiento /culpabilidad

**Tabla 11** Falta de remordimiento y culpabilidad

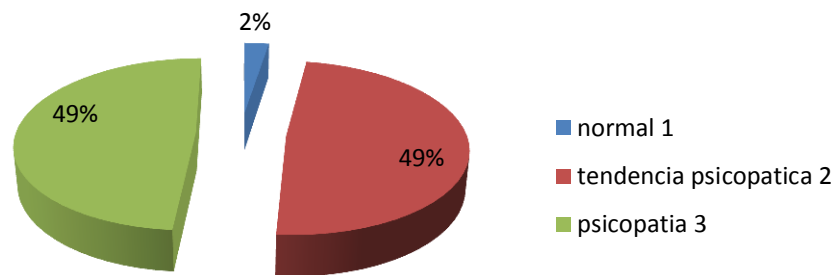
OPCIONES	N° de personas	PORCENTAJE
1	1	2,5%
2	16	40,00%
3	23	57,50%
TOTAL	40	100%

**Fuente:** Escala de Psicopatía Robert D. Hare

**Elaborado por:** Tania Pineda

**Grafico 12** Falta de remordimiento y culpabilidad

### Falta de remordimiento y culpabilidad



**Fuente:** Tabla 6 Falta de remordimiento y culpabilidad

**Elaborado por:** Tania Pineda

### Análisis:

La presente tabla da los porcentajes de los resultados por niveles presente en la población universo con un 57,5% que representan 23 personas son aplicables a falta de remordimiento, el 40% que representan 16 personas son aplicables en cierto sentido a falta de remordimiento, el 2,5% que representa una persona no posee datos.

### Interpretación:

En relación con el gráfico de los 40 individuos estudiados los 39 presentan de manera general falta de interés por las consecuencias de todos sus actos sin manifestar culpabilidad o remordimiento por las consecuencias que recae sobre los otros, no tienen sentimiento de culpa en niveles significativos tan solo una persona de los 40 no presenta falta de remordimiento y culpabilidad.

## 7. Escasa profundidad de los afectos

**Tabla 12** Escasa profundidad de afectos

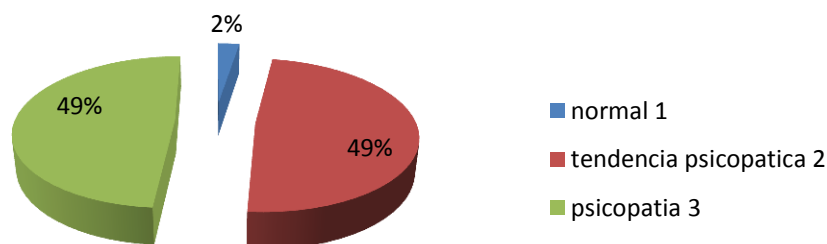
OPCIONES	N° de personas	PORCENTAJE
1	1	2,5%
2	17	42,50%
3	22	55,00%
TOTAL	40	100%

**Fuente:** Escala de Psicopatía Robert D. Hare

**Elaborado por:** Tania Pineda

**Grafico 13** Escasa profundidad de afecto

### Escasa profundidad de los afectos



**Fuente:** Tabla 7 Escasa profundidad de afecto

**Elaborado por:** Tania Pineda

#### **Análisis:**

El 55% que representan 22 personas son aplicables a escasa profundidad de afecto, el 42,5% que representan 17 personas son aplicables en cierto sentido a escasa profundidad de afectos, el 2,5% que representa una persona no posee datos.

#### **Interpretación:**

El gráfico indica la dominancia de los niveles de psicopatía; psicopatía y tendencias psicopáticas en porcentajes similares siendo la mayoría los que presentan incapacidad para demostrar reacciones afectivas intensas. Las demostraciones emocionales suelen parecer actuadas y de consistencia irreal su significado está muy por debajo de la realidad. Sus estados afectivos son inmaduros de corta duración tienden a verse fingidos y dramatizados, mientras que una sola persona de los 40 individuos estudiados no presenta dicha escases de los afectos.





## 8. Insensibilidad/Falta de empatía

**Tabla 13** Insensibilidad

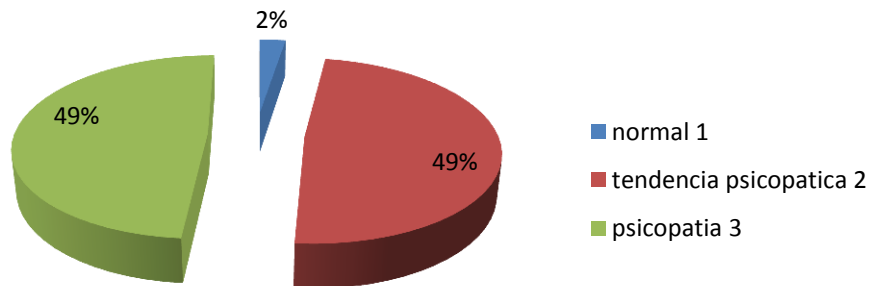
OPCIONES	N° de personas	PORCENTAJE
1	1	5,0%
2	19	47,50%
3	19	47,50%
TOTAL	40	100%

**Fuente:** Escala de Psicopatía Robert D. Hare

**Elaborado por:** Tania Pineda

**Grafico 14** Insensibilidad

### Insensibilidad-Falta de empatía



**Fuente:** Tabla 8 Insensibilidad

**Elaborado por:** Tania Pineda

### **Análisis:**

El 47,5% que representan 19 personas son aplicables a insensibilidad, el 47,5% que representan 19 personas son aplicables en cierto sentido a la insensibilidad, el 5% que representa una persona no es aplicable a la insensibilidad según el cuestionario de niveles de psicopatía aplicado a la población investigada.

### **Interpretación:**

Los resultados que se estiman en el gráfico son evidentemente significativos ya que la psicopatía y la tendencia a la psicopatía son los mayores porcentajes de una población de 40 individuos que muestran insensibilidad y que no les interesa las emociones de los otros carecen de empatía pues son incapaces de ponerse en el lugar de los otros, continuando con una sola actitud que no presenta insensibilidad.



## 9. Estilo de vida parasito

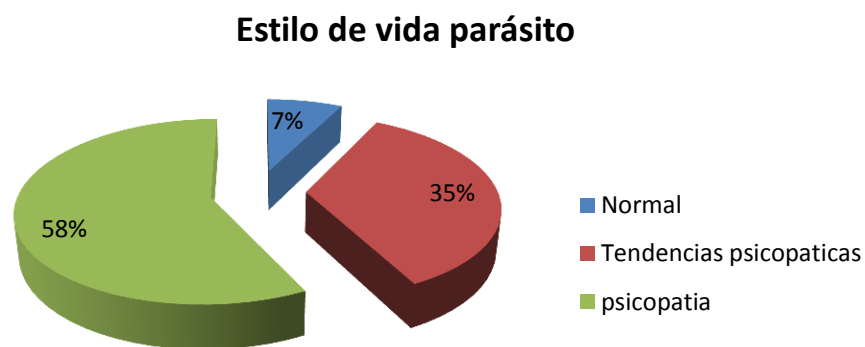
**Tabla 14** Estilo de vida parásito

OPCIONES	N° de personas	PORCENTAJE
1	1	2,5%
2	17	42,50%
3	22	55,00%
TOTAL	40	100%

**Fuente:** Escala de Psicopatía Robert D. Hare

**Elaborado por:** Tania Pineda

**Grafico 15** Estilo de vida parasito



**Fuente:** Tabla 9 Estilo de vida parasito

**Elaborado por:** Tania Pineda

### **Análisis:**

El 55% que representan 22 personas son aplicables a un estilo de vida parásito, el 42,5% que representan 17 personas son aplicables en cierto sentido a un estilo de vida parásito y el 2,5% que representa una persona no posee datos.

### **Interpretación:**

En relación con el grafico el mayor nivel es de psicopatía seguido por las tendencias psicopáticas y finalmente por el nivel normal según el cuestionario aplicado. Los individuos que están dentro de los niveles positivos presentan un estilo de vida parasito ya que su dependencia económica depende de otros de manera intencional.

## 10. Falta de control conductual

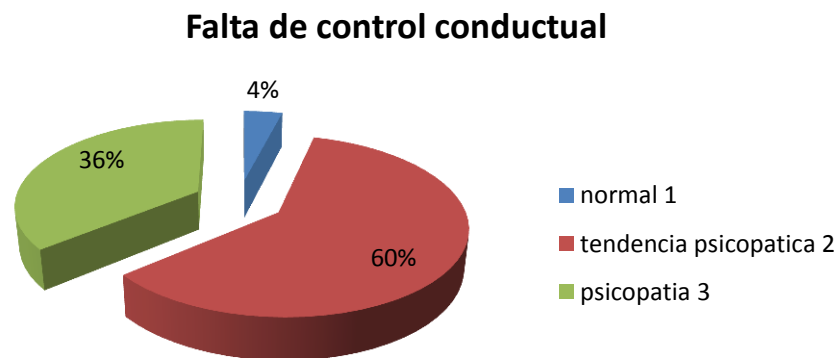
**Tabla 15** Falta de control conductual

OPCIONES	N° de personas	PORCENTAJE
1	4	10,0%
2	14	35,00%
3	22	55,00%
TOTAL	40	100%

**Fuente:** Escala de Psicopatía Robert D. Hare

**Elaborado por:** Tania Pineda

**Grafico 16** Falta de control conductual



**Fuente:** Tabla 10 Falta de control conductual

**Elaborado por:** Tania Pineda

### **Análisis:**

El cuestionario de psicopatía de Hare luego de ser aplicado arroja los resultados evidenciados en la tabla con un 55% que representan 22 personas son aplicables a falta de control conductual, el 35% que representan 14 personas son aplicables en cierto sentido a la falta de control conductual, el 10% que representan 3 personas no son aplicables a la falta de control conductual.

### **Interpretación:**

Al respecto con el presente grafico de falta de control conductual se evidencia que la mayoría de la población estudiada tienen tendencias psicopáticas seguido de niveles de psicopatía que presentan inadecuados controles comportamentales. Se lo considera como una persona de mal humor o colérica que suele responder de manera agresiva o violenta y finalmente la tendencia normal.

## 11. Conducta sexual promiscua

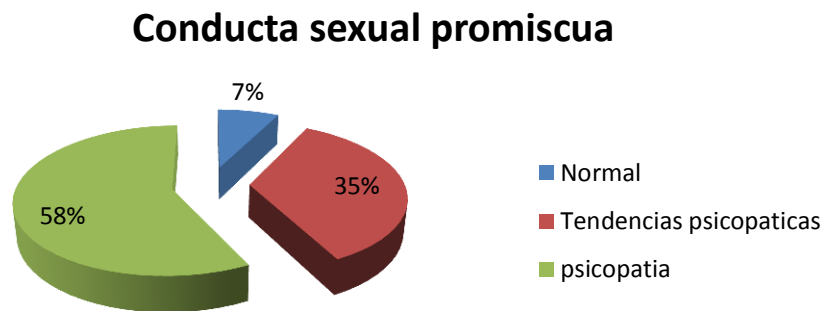
**Tabla 16** Conducta sexual promiscua

OPCIONES	N° de personas	PORCENTAJE
1	4	10,0%
2	17	43,00%
3	19	47,00%
TOTAL	40	100%

**Fuente:** Escala de Psicopatía Robert D. Hare

**Elaborado por:** Tania Pineda

**Grafico 17** Conducta sexual promiscua



**Fuente:** Tabla 11 Conducta sexual promiscua

**Elaborado por:** Tania Pineda

### **Análisis:**

Los resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario de psicopatía de Hare son el 47% que representan 19 personas son aplicables a una conducta sexual promiscua, el 43% que representan 17 personas son aplicables en cierto sentido a una conducta sexual promiscua, el 10% que representan 4 no son aplicables a una conducta sexual promiscua.

### **Interpretación:**

En concordancia con el presente gráfico se estima que el mayor nivel es psicopatía seguido por las tendencias psicopáticas donde los individuos presentan comportamientos tales como ser sexualmente activos con relaciones casuales, triviales e indiscriminadas acompañadas de infidelidades, prostitución o una variedad de actividades sexuales por último el nivel normal con un mínimo porcentaje

## 12. Problemas de conducta precoces

**Tabla 17** Problemas de conducta precoces

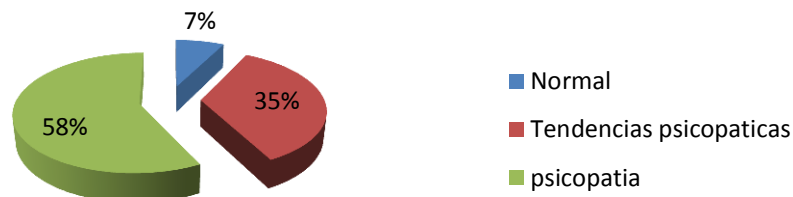
OPCIONES	Nº de personas	PORCENTAJE
1	2	5,0%
2	8	20,00%
3	30	75,00%
TOTAL	40	100%

**Fuente:** Escala de Psicopatía Robert D. Hare

**Elaborado por:** Tania Pineda

**Grafico 18** Problemas de conducta precoces

### Problemas de conducta precoces



**Fuente:** Tabla 12 Problemas de conducta precoces

**Elaborado por:** Tania Pineda

### Análisis:

El porcentaje se describirá de manera descendente según los resultados obtenidos, 75% que representan 30 personas son aplicables a problemas de conducta precoces, el 20% que representan 8 personas son aplicables en cierto sentido a problemas de conducta precoces, el 5% que representa 2 personas en las que no es aplicable a problemas de conducta precoz.

### Interpretación:

De acuerdo con el presente gráfico se estima que la mayoría de los individuos estudiados presentan niveles de psicopatía seguido por tendencias psicopáticas que se caracteriza por tener serios problemas de conducta antes de los 12 años como mentiras, hurtos, abuso de sustancias, actividad sexual precoz entre otros, terminado con un pequeño porcentaje de la tendencia normal la cual no ha presentado nada de lo antes mencionado.

### 13. Falta de metas realistas a largo plazo

**Tabla 18** Falta de metas realistas

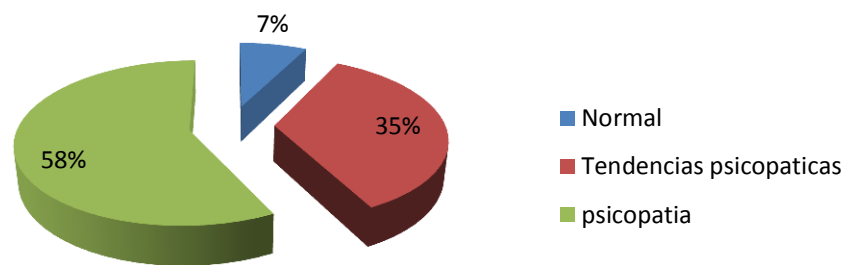
OPCIONES	N° de personas	PORCENTAJE
1	1	2,5%
2	17	42,50%
3	22	55,00%
TOTAL	40	100%

**Fuente:** Escala de Psicopatía Robert D. Hare

**Elaborado por:** Tania Pineda

**Grafico 19** Falta de metas realistas

#### Falta de metas realistas a largo plazo



**Fuente:** Tabla 13 Falta de metas realistas

**Elaborado por:** Tania Pineda

#### **Análisis:**

Según la tabla el 55% que representan 22 personas es aplicable a falta de metas realistas, el 42,5% que representan 17 personas son aplicables en cierto sentido a falta de metas realistas, el 2,5% que representa una persona que no es aplicable a la falta de metas realistas a largo plazo.

#### **Interpretación:**

El presente gráfico representa los niveles de psicopatía según la escala de Hare donde se puede apreciar que el mayor nivel es la psicopatía seguido de las tendencias psicopáticas donde los individuos manifiestan la incapacidad de cumplir metas realistas su estilo de vida se ve caracterizado por el día a día y cambiar sus planes frecuentemente ya que no se preocupa por su futuro terminando con el menor porcentaje de nivel normal que no posee esta característica de carecer de metas realista a largo plazo.

## 14. Impulsividad

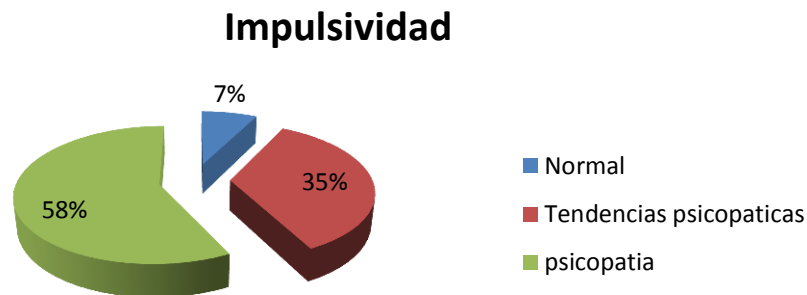
**Tabla 19** Impulsividad

OPCIONES	Nº de personas	PORCENTAJE
1	3	7,5%
2	21	52,50%
3	16	40,00%
TOTAL	40	100%

**Fuente:** Escala de Psicopatía Robert D. Hare

**Elaborado por:** Tania Pineda

**Grafico 20** Impulsividad



**Fuente:** Tabla 14 Impulsividad

**Elaborado por:** Tania Pineda

### **Análisis:**

El cuestionario de niveles de psicopatía de Hare aplicado a la población estudiada muestra que el 52,5% que representan 21 personas son aplicables en cierto sentido a impulsividad, el 40% que representan 16 personas son aplicables a impulsividad, el 7,5% que representan 3 personas no son aplicables a impulsividad.

### **Interpretación:**

En el indicativo de impulsividad de la escala de psicopatía los individuos estudiados presentan psicopatía en mayor grado seguido de tendencias psicopáticas donde se evidencia comportamientos característicos como responder de manera impulsiva sin pensar en las consecuencias. Actúa espontáneamente,



finalmente una mínima parte de la población tiene niveles normales según el cuestionario aplicado.

## 15. Irresponsabilidad

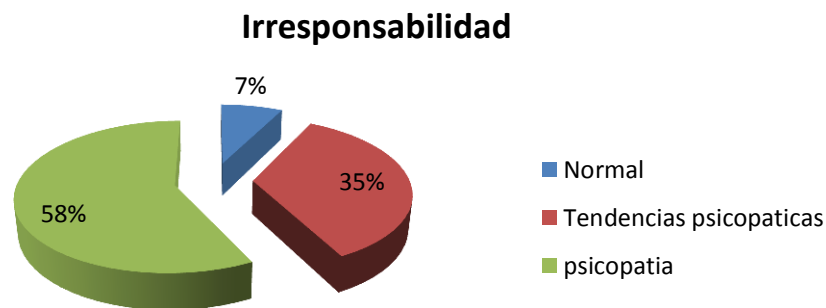
**Tabla 20** Irresponsabilidad

OPCIONES	N° de personas	PORCENTAJE
1	1	2,5%
2	14	35,00%
3	25	62,50%
TOTAL	40	100%

**Fuente:** Escala de Psicopatía Robert D. Hare

**Elaborado por:** Tania Pineda

**Grafico 21** Irresponsabilidad



**Fuente:** Tabla 15 Irresponsabilidad

**Elaborado por:** Tania Pineda

### **Análisis:**

La presente tabla presenta los porcentajes de los resultados obtenidos del cuestionario aplicado en la investigación, el 62,5% que representan 25 personas son aplicables a irresponsabilidad, el 35% que representan 14 personas son aplicables en cierto sentido a irresponsabilidad, el 2,5% que representa una persona que no es aplicable a la irresponsabilidad.

### **Interpretación:**

La presente representación gráfica revela que la tendencia a la psicopatía en la población universo es la más pronunciada seguida de la tendencia a la psicopatía con características como incumplir con sus obligaciones y no tiene es sentido de la responsabilidad o lealtad con los demás, culminando con una mínima población con tendencias normales.

## 16. Incapacidad para aceptar la responsabilidad de las propias acciones

**Tabla 21** Incapacidad para asumir acciones

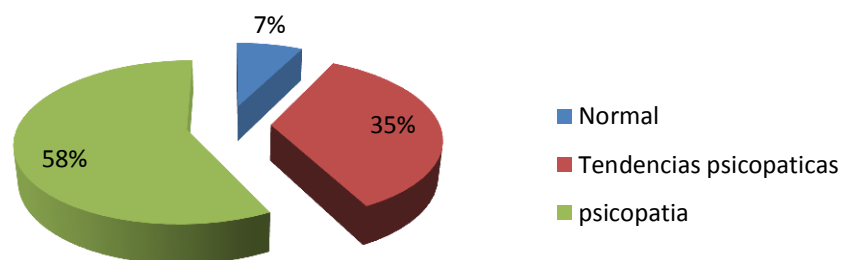
OPCIONES	N° de personas	PORCENTAJE
1	2	5,0%
2	18	45,00%
3	20	50,00%
TOTAL	40	100%

**Fuente:** Escala de Psicopatía Robert D. Hare

**Elaborado por:** Tania Pineda

**Grafico 22** Incapacidad para asumir acciones

### Incapacidad para aceptar la responsabilidad de las propias acciones.



**Fuente:** Tabla 16 Incapacidad para asumir acciones

**Elaborado por:** Tania Pineda

### Análisis e interpretación de resultados

El 50% que representan 20 personas son aplicables a la incapacidad para asumir acciones, el 45% que representan 18 personas son aplicables en cierto sentido a la incapacidad para asumir acciones, el 5% que representa dos personas que no son aplicables a la incapacidad para asumir acciones.

### Interpretación:

En relación con el gráfico la incapacidad para aceptar la responsabilidad de las propias acciones se presenta en gran parte en la psicopatía seguida de las tendencias psicopáticas donde los individuos de la población de estudio son incapaces de aceptar la responsabilidad personal de sus propias acciones, finalmente una pequeña población es responsable lo cual es un indicativo de lo normal.

## 17. Varias relaciones materiales breves

**Tabla 22** Relaciones maritales breves

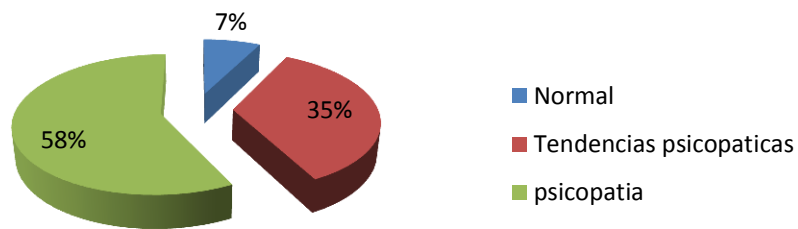
OPCIONES	Nº de personas	PORCENTAJE
1	2	5,0%
2	20	50,00%
3	18	45,00%
TOTAL	40	100%

**Fuente:** Escala de Psicopatía Robert D. Hare

**Elaborado por:** Tania Pineda

**Grafico 23** Relaciones maritales breves

### Varias relaciones maritales breves



**Fuente:** Tabla 17 Relaciones maritales breves

**Elaborado por:** Tania Pineda

### **Análisis:**

El 50% que representan 20 personas son aplicables en cierto sentido a relaciones maritales breves, el 45% que representan 18 personas son aplicables a relaciones maritales breves, el 5% que representa 2 persona no es aplicable a relaciones maritales breves.

### **Interpretación:**

La presente representación gráfica muestra que en cuanto a las relaciones maritales breves se presenta en mayor porcentaje en la psicopatía seguido de la tendencia a la psicopatía donde se ve una serie de relaciones formales y legales de corto plazo esto se evidencia en los resultados obtenidos en la población universo de estudio terminando con un menor porcentaje de individuos normales.

## 18. Delincuencia juvenil

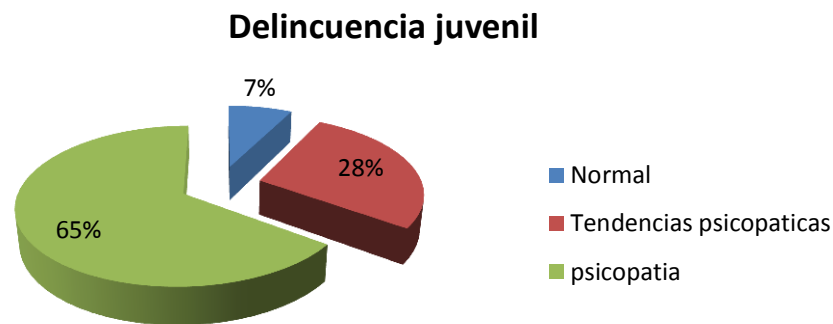
**Tabla 23** Delincuencia juvenil

OPCIONES	N° de personas	PORCENTAJE
1	3	7,5%
2	11	27,50%
3	26	65,00%
TOTAL	40	100%

**Fuente:** Escala de Psicopatía Robert D. Hare

**Elaborado por:** Tania Pineda

**Grafico 24** Delincuencia juvenil



**Fuente:** Tabla 18 Delincuencia juvenil

**Elaborado por:** Tania Pineda

### **Análisis:**

La presente tabla presenta los porcentajes de los resultados obtenidos del cuestionario aplicado en la investigación, el 65% que representan 26 personas son aplicables a delincuencia juvenil, el 27,5% que representan 11 personas son aplicables en cierto sentido a delincuencia juvenil, el 7,5% que representan 3 personas no aplicable a delincuencia juvenil.

### **Interpretación:**

En relación con el grafico la delincuencia juvenil se presenta en gran parte en la psicopatía seguida de las tendencias psicopáticas donde los individuos de la población de estudio ha cometido delitos graves antes de los 17 años como asesinatos , violaciones, robos entre otros, finalmente una pequeña población no presentan delincuencia juvenil.

## 19. Revocación de la libertad condicional

**Tabla 24** Revocación de la libertad condicional

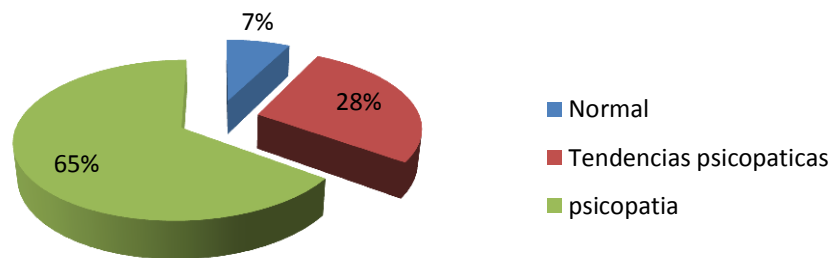
OPCIONES	N° de personas	PORCENTAJE
1	2	5,0%
2	16	40,00%
3	22	55,00%
TOTAL	40	100%

**Fuente:** Listado de Psicopatía Robert D. Hare

**Elaborado por:** Tania Pineda

**Grafico 25** Revocación de la libertad condicional

### Revocación de la libertad condicional



**Fuente:** Tabla 19 Revocación de la libertad condicional

**Elaborado por:** Tania Pineda

### Análisis:

El 55% que representan 22 personas son aplicables a revocación de la libertad condicional, el 40% que representan 16 personas son aplicables en cierto sentido a revocación de la libertad condicional, el 5% que representa 2 personas no aplicable a revocación de la libertad condicional.

### Interpretación:

En la presente representación gráfica se estima que la revocación de la libertad condicional se da mayoritariamente en la psicopatía seguida de la tendencia psicopática, los individuos presentan violación de los términos de una libertad condicionada una minoría de la población investigada está exenta de esta característica y forma el nivel normal.

## 20. Versatilidad criminal

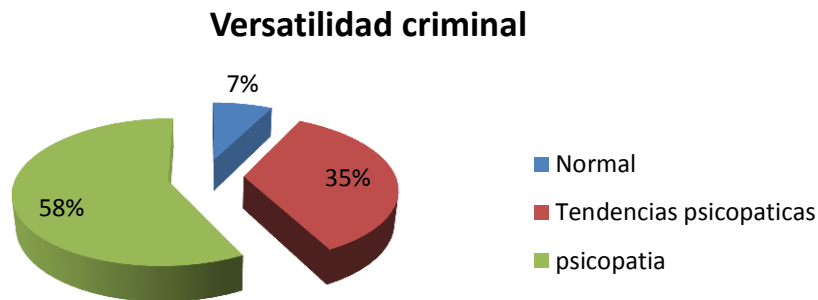
**Tabla 25** Versatilidad criminal

OPCIONES	N° de personas	PORCENTAJE
1	3	7,5%
2	14	35,00%
3	23	57,50%
TOTAL	40	100%

**Fuente:** Escala de Psicopatía Robert D. Hare

**Elaborado por:** Tania Pineda

**Grafico 26** Versatilidad criminal



**Fuente:** Tabla 20 Versatilidad criminal

**Elaborado por:** Tania Pineda

### **Análisis:**

El 57,5% que representan 23 personas son aplicables a versatilidad criminal, el 35% que representan 14 personas son aplicables en cierto sentido a versatilidad criminal, el 7,5% que representan 3 personas no aplicable a versatilidad criminal según los datos.

### **Interpretación:**

En relación con el grafico la versatilidad criminal se presenta en gran parte en la psicopatía seguida de las tendencias psicopáticas donde los individuos de la población de estudio tiene un historial criminal, finalmente una pequeña población no presentan dicha característica por lo que forma parte del nivel normal.

## RESULTADOS FINALES

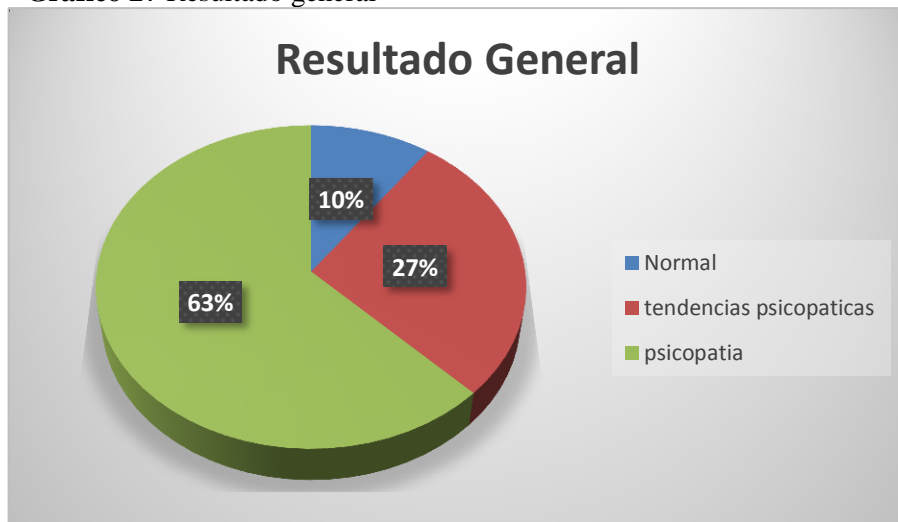
**Tabla 26** Resultado general

RESULTADO GENERAL		
0-20	Normal	4
21-29	tendencias psicopáticas	11
30 o mas	psicopatía	25

**Fuente:** Escala de Psicopatía Robert D. Hare

**Elaborado por:** Tania Pineda

**Grafico 27** Resultado general



**Fuente:** Tabla 27 Versatilidad criminal

**Elaborado por:** Tania Pineda



#### 4.1.2 Análisis e Interpretación de Resultados del Inventario de Sintomatología Clínica SCL-90R

1.- escala de somatización

**Tabla 27** Preguntas que componen la Escala 1 de Somatización

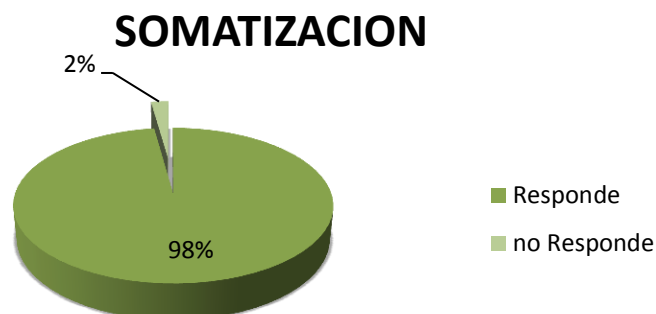
SOMATIZACION							
PREGUNTAS	0	1	2	3	4	TOTAL	%
1	3	5	12	45	44		
4	5	5	16	36	40		
12	9	6	22	27	20		
27	9		30	30	24		
40	1	3	22	33	56		
42		10	2	51	48		
48		2	4	12	128		
49		3	6	75	36		
52	1	3	32	33	36		
53	2	30	10	3	8		
56	4	12	24	24	16		
58	6	0	40	18	32		2,17
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>220</b>	<b>387</b>	<b>488</b>	<b>1174</b>	<b>97,83</b>	

Fuente: Cuestionario de 90 Síntomas

Elaborado por: Tannia Pineda

**Análisis:** De una población de 40 personas evaluadas con el SCL-90R los resultados obtenidos indican que el 97,83% presentan la sintomatología clínica psicológica que compone la escala de somatización, mientras que el 2,17% no presentan nada en absoluto los síntomas clínicos.

**Gráfico 28** Somatización



Fuente: Cuestionario de 90 Síntomas

Elaborado por: Tannia Pineda

**Interpretación:** A través de esto se puede observar que la población evaluada presenta significativamente la escala de somatización dentro de la sintomatología clínica psicológica debido a que estas personas manifiestan sentir dolores de cabeza, sensaciones de desmayo o mareo, dolores en el corazón o en el pecho, náuseas o malestar en el estómago, dolores musculares, escalofríos, sentir un nudo en la garganta, hormigueo, entumecimiento en ocasiones se siente débil en alguna parte del cuerpo con lo que logran llamar la atención y recurrir al centro médico de la institución.

## 2.- escala de obsesión-compulsión

**Tabla 28** Preguntas que componen la Escala 2 de obsesiones-compulsiones

<b>OBSESIONES-COMPULSIONES</b>							
<b>PREGUNTAS</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>3</b>	6	7	18	36	24		
<b>9</b>	6	4	12	18	72		
<b>10</b>	2	10	16	48	16		
<b>28</b>	4	16	8	33	20		
<b>38</b>	2	6	16	57	20		
<b>45</b>	7	8	20	30	20		
<b>46</b>	16		24	9	36		
<b>51</b>	4		8	0	128		
<b>55</b>	8		16	0	96		
<b>65</b>		9	22	48	16		5,30
<b>TOTAL</b>	60	160	279	448		947	94,7

**Fuente:** Cuestionario de 90 Síntomas

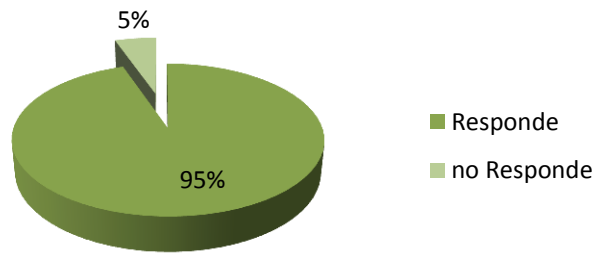
**Elaborado por:** Tannia Pineda

### Análisis

Se comprobó que de una población de 40 personas evaluadas con el SCL-90R los resultados indican que el 94,7% presentan la sintomatología clínica psicológica que compone la escala de obsesión-compulsión, mientras que el 5,30% no presentan nada en absoluto los síntomas clínicos.

**Grafico 29** Obsesiones-compulsiones

**OBSESIONES-COMPULSIONES**



**Fuente:** Cuestionario de 90 Síntomas  
**Elaborado por:** Tannia Pineda

**Interpretación:**

Se puede evidenciar en el grafico que la población de estudio presenta un alto índice de la escala de obsesión- compulsión, pues está presente en ellos, pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente excesiva preocupación por el desaseo dificultad para recordar las cosas a mas se siente incapaz de hacer las cosas o terminar las tareas, realizar alguna actividad de manera minuciosa para saber que lo hizo bien, tiene dificultad para tomar sus decisiones, que se le quede la mente en blanco, tener dificultad para concentrarse, impulso de realizar las cosas de manera ritualista, se presentan mucho o extremadamente dicha sintomatología.

3.- escala de Sensitividad interpersonal

**Tabla 29** Preguntas que componen la Escala 3 de Sensitividad interpersonal

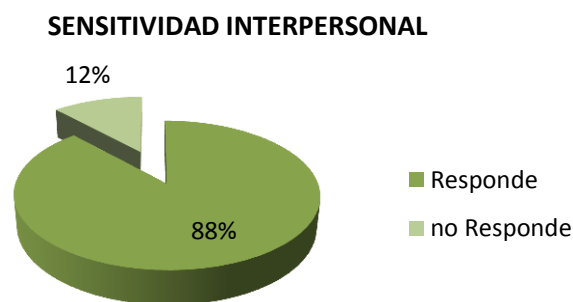
SENSITIVIDAD INTERPERSONAL							
PREGUNTAS	0	1	2	3	4	TOTAL	%
6	15	2	12	33	24		
21		8	30	12	52		
34	6	4	8	12	88		
36	16		24	36	0		
37	14	4	18	39	0		
41		13	16	27	40		
61	10	6	18	36	12		
69	4	16	18	15	24		
73	1	2	2	3	140		11,78
<b>TOTAL</b>	55	146	213	380		794	88,22

**Fuente:** Cuestionario de 90 Síntomas  
**Elaborado por:** Tannia Pineda

### **Análisis:**

Como se evidencia en el cuadro la población de 40 personas evaluadas con el SCL-90R presentan el 88,22% de Sensitividad Interpersonal, por otro lado el 11,78% de los evaluados no presenta ninguna sintomatología clínica que indique dicha escala.

**Grafico 30** Sensitividad interpersonal



**Fuente:** Cuestionario de 90 Síntomas

**Elaborado por:** Tannia Pineda

### **Interpretación:**

En el gráfico expuesto, muestra la intensidad de la escala de sensibilidad interpersonal en la población de estudio que presenta la sintomatología de cómo ve a la gente de manera negativa, encontrar siempre faltas, timidez o incomodidad ante el sexo opuesto, ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad, tiende a sentir que los demás no lo entienden o que son muy poco amistoso y que no les gusta, sentirse inferior a los demás, suele sentirse incomo cuando la gente habla sobre el hasta se avergüenza frente a las personas, sentirse incómodo comiendo o bebiendo en público, es así que se sienten dicha muestra de estudio.

#### 4.- escala de depresión

**Tabla 30** Preguntas que componen la Escala 4 de depresión

DEPRESIÓN							
PREGUNTAS	0	1	2	3	4	TOTAL	%
5	2	8	12	12	80		
14	5	8	24	27	24		
15	1	16	24	21	16		
20	3	7	6	9	96		
22	9	18	8	27	0		
26			46	15	48		
29	6	5	18	60	0		
30		6	32	27	36		
31		16	18	27	24		
32	3	13	22	12	36		
54		8	38	24	20		
71	4	22	4	24	16		
79	6	13	6	18	48		11,92
<b>TOTAL</b>	<b>140</b>	<b>258</b>	<b>303</b>	<b>444</b>	<b>1145</b>		<b>88,08</b>

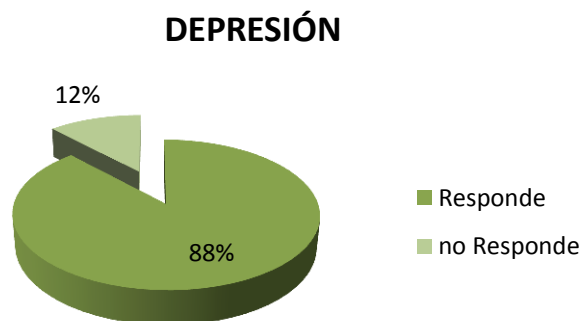
**Fuente:** Cuestionario de 90 Síntomas

**Elaborado por:** Tannia Pineda

#### Análisis:

Como indica el cuadro de una población de 40 personas evaluadas con el SCL-90-R presentan acentuada la sintomatología que compone la escala de depresión con el 88,08%, la población restante que es el 11,92% no presenta ninguna sintomatología clínica que indique dicha escala.

**Grafico 31** Depresión



**Fuente:** Cuestionario de 90 Síntomas

**Elaborado por:** Tannia Pineda

### Interpretación:

De acuerdo a la escala de depresión se puede visualizar en el gráfico que la población padece de manera significativa la sintomatología clínica psicológica como la pérdida de deseo o placer sexual, suele sentirse decaído o con pensamientos suicidas, llorar fácilmente, la sensación de estar atrapado o como encerrado, la sensación de estar atrapado o como encerrado. Culparse a sí mismo de todo lo que pasa, y sentirse triste, solo, no sentir interés por nada, siente desesperanza con respecto al futuro, sentir que todo requiere un gran esfuerzo, la sensación de ser inútil o no valer nada en su entorno.

### 5.- escala de ansiedad

**Tabla 31** Preguntas que componen la Escala 5 de ansiedad

ANSIEDAD							
PREGUNTAS	0	1	2	3	4	TOTAL	%
5	5	8	16	18	52		
14	1	22	12	3	40		
15	2	25	12	0	28		
20	8	9	20	18	28		
22	2	22	24	12	0		
26	6	16	16	15	20		
29	1	7	8	12	96		
30	8	12	0	12	64		
31	9	12	0	24	44		
32	1	3	8	6	120		13,60
54		136	116	120	492	864	86,4

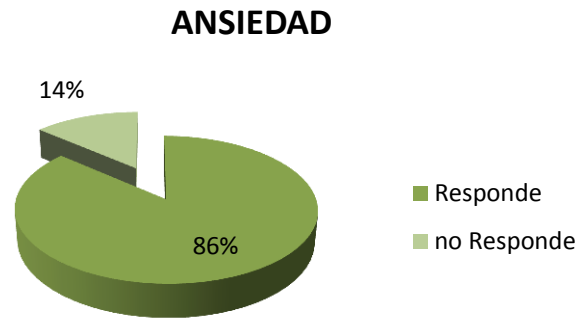
Fuente: Cuestionario de 90 Síntomas

Elaborado por: Tannia Pineda

### Análisis:

El 86,4% de las personas privadas de la libertad presentan la sintomatología que indica la escala de ansiedad, mientras que el 13,60% se ve libre de la sintomatología antes mencionada que se evidencia en el inventario aplicado para la presente investigación.

**Grafico 32 Ansiedad**



**Fuente:** Cuestionario de 90 Síntomas  
**Elaborado por:** Tannia Pineda

**Interpretación:**

En el grafico se evidencia un notable porcentaje de la población evaluada frente a sentir nerviosismo o agitación interior, temblores, tener miedo de repente o sin razón, sentirse temeroso, que su corazón palpite o vaya muy deprisa, sentirse tenso o con los nervios de punta, ataques de terror o pánico, presencia de intranquilidad motora, presentimiento de que algo malo sucederá, presencia de pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo, se puede ver a mas que existe una población no muy significativa que no siente esta sintomatología clínica psicológica.

6.- escala de hostilidad

**Tabla 32** Preguntas que componen la Escala 6 de hostilidad

<b>HOSTILIDAD</b>							
PREGUNTAS	0	1	2	3	4	TOTAL	%
<b>11</b>	10	3	18	21	44		
<b>24</b>	4	7	12	42	36		
<b>63</b>	4	9	0	60	28		
<b>67</b>	1	4	6	75	28		
<b>74</b>	3	9	16	36	32		
<b>81</b>	18	0	12	0	64		6,33
<b>TOTAL</b>	32	64	234	232	562		93,67

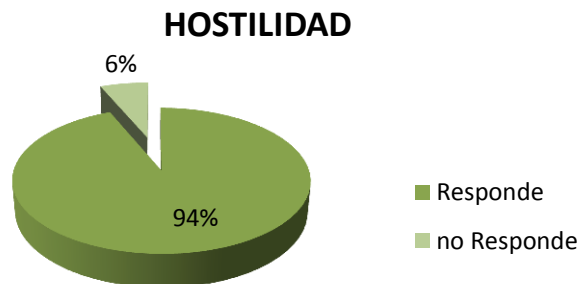
**Fuente:** Cuestionario de 90 Síntomas  
**Elaborado por:** Tannia Pineda

**Análisis:**

Como indica el cuadro de una población de 40 personas evaluadas con el SCL-90-R presentan acentuada la sintomatología que compone la escala de hostilidad con

el 93,67%, la población restante que es el 6,33% no presenta ninguna sintomatología clínica psicológica que indique dicha escala.

**Grafico 33** Hostilidad



**Fuente:** Cuestionario de 90 Síntomas  
**Elaborado por:** Tannia Pineda

**Interpretación:**

El presente grafico presenta que la mayoría de la población evaluada de acuerdo a la escala de hostilidad indican sentirse fácilmente molesto, irritado o enfadado, tener arrebatos de cólera o ataques de furia sin control, sensación de golpear o hacer daño a alguien, tener ganas de romper o estrellar algo, tener discusiones frecuentes, gritar o tirar cosas se presenta bastante, y una minoría dice que no se presenta nada en absoluto.

7.- escala de ansiedad fóbica

**Tabla 33** Preguntas que componen la Escala 7 de ansiedad fóbica

<b>ANSIEDAD FÓBICA</b>							
<b>PREGUNTAS</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>13</b>		9	30	42	8		
<b>25</b>	16	11	16	12	4		
<b>47</b>	10	18	12	18	0		
<b>50</b>		26	8	18	16		
<b>70</b>	16	15	0	18	12		
<b>75</b>		2	48	24	24		
<b>82</b>	8	12	16	24	16		34,43
<b>TOTAL</b>		93	130	156	80	459	65,57

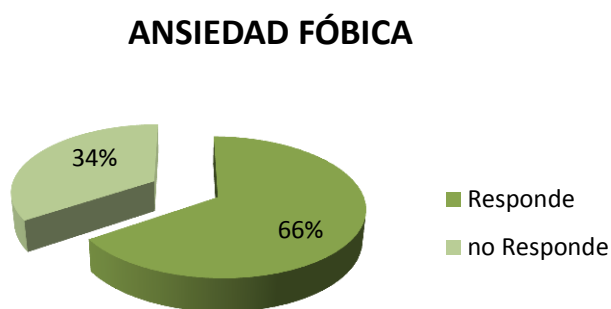
**Fuente:** Cuestionario de 90 Síntomas  
**Elaborado por:** Tannia Pineda



### **Análisis:**

Como se puede ver en el presente cuadro que de una población de 40 personas evaluadas con el SCL-90R los resultados arrojados indican que el 65,57% presentan la sintomatología clínica psicológica que compone la escala de ansiedad fóbica, mientras que el 34,43% no presentan nada en absoluto los síntomas clínicos de la escala en cuestión.

**Grafico 34** Ansiedad fóbica



**Fuente:** Cuestionario de 90 Síntomas

**Elaborado por:** Tannia Pineda

### **Interpretación:**

Se evidencia en el gráfico que la mayoría de las personas privadas de la libertad responden positivamente a sentir la sintomatología clínica psicológica de la escala de ansiedad fóbica como sentir miedo de los espacios abiertos o en la calle, miedo a salir de casa solo/a, sentir temor de viajar en coche, autobuses, metros o trenes, evita circunstancias o lugares por miedo, sensación de incomodidad entre las personas, sentirse nervioso cuando se queda solo, tener miedo de desmayarse en público, por otro lado responden negativamente un mínima parte de la población de estudio de no llegar a sentir esta sintomatología.

8.- escala de ideación paranoide

**Tabla 34** Preguntas que componen la Escala 8 de ideación paranoide

IDEACIÓN PARANOIDE							
PREGUNTAS	0	1	2	3	4	TOTAL	%
8	5	6	30	6	48		
18	9	8	0	45	32		
43	6	12	12	36	16		
68	8	2	4	75	12		
76	7	3	8	75	4		
83	9	3	16	33	36		13,00
<b>TOTAL</b>	34	70	270	148		522	87

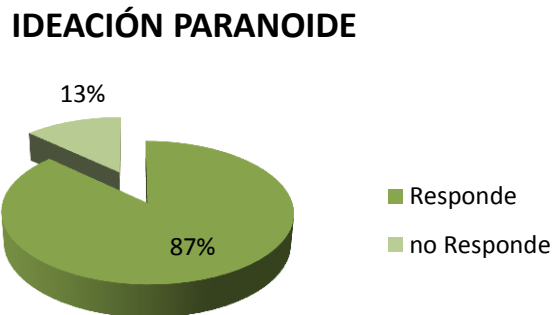
**Fuente:** Cuestionario de 90 Síntomas

**Elaborado por:** Tannia Pineda

**Análisis:**

El 87% de las personas privadas de la libertad presentan la sintomatología que indica la escala de ideación paranoide, mientras que el 13,00% se ve libre de la sintomatología antes mencionada que se evidencia en el inventario SCL-90R aplicado para la presente investigación.

**Grafico 35** Ideación paranoide



**Fuente:** Cuestionario de 90 Síntomas

**Elaborado por:** Tannia Pineda

**Interpretación:**

El grafico muestra que las personas evaluadas manifiestan que los síntomas como tener la idea de que la mayoría de los problemas es culpa de los demás, piensa que no se puede confiar en las personas, suele sentir que las demás personas hablan de usted, tener ideas o creencias que los demás no comparten, el que otros no le reconozcan adecuadamente sus méritos, la impresión de que la gente intenta

aprovecharse de ello, se presenta bastante, mientras que pocas indica que se presenta nada en absoluto.

#### 9.- escala de psicoticismo

**Tabla 35** Preguntas que componen la Escala 9 de psicoticismo

PSICOTICISMO							
PREGUNTAS	0	1	2	3	4	TOTAL	%
7	18	6	6	6	44		
16	29	8	2	3	4		
35	8		32	27	28		
62	7	6	12	48	20		
77	12	13	8	9	32		
84	4	4	24	42	24		
85		8	40	12	32		
87	34	2	6	3	0		
88	3	3	12	60	32		
90	8	14	10	27	16		31,50
<b>TOTAL</b>		64	152	237	232	685	68,5

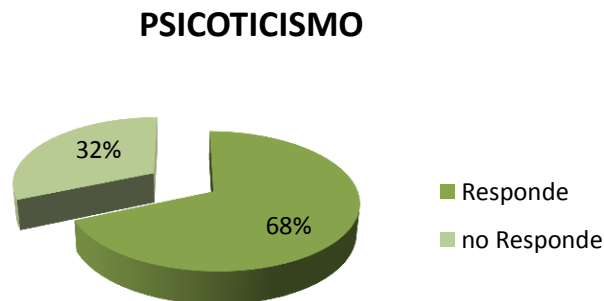
**Fuente:** Cuestionario de 90 Síntomas

**Elaborado por:** Tannia Pineda

#### Análisis:

De acuerdo a lo indicado por el cuadro la escala de psicoticismo cubre el 68.5% de la población estudiada que presentan los síntomas que componen esta escala en el inventario SCL-90R, y el 31.50% no presenta ninguna sintomatología clínica de esta escala.

**Grafico 36** Psicoticismo



**Fuente:** Cuestionario de 90 Síntomas

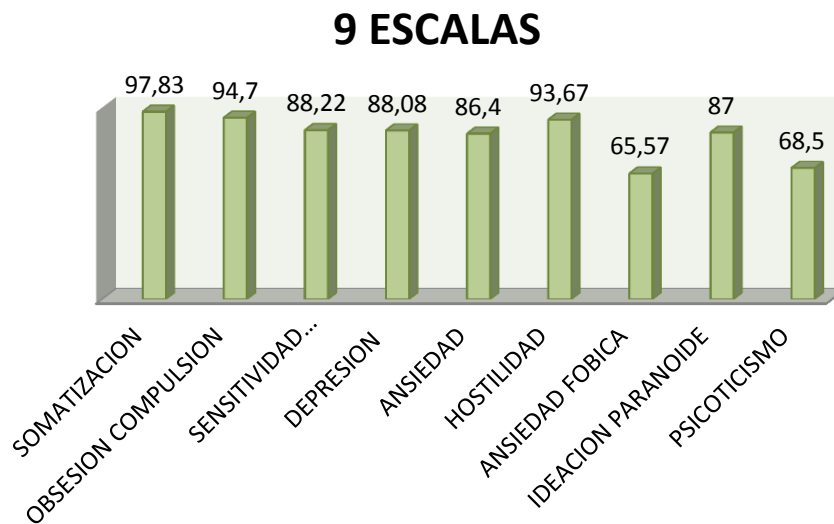
**Elaborado por:** Tannia Pineda

### Interpretación:

De acuerdo con el gráfico a la escala de psicoticismo abarca a la mayoría de la población de estudio indicando que presentan síntomas como la idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos, oír voces que otras personas no oyen, tiene la impresión de que los demás saben lo que está ocurriendo, tener pensamientos que no son suyos, sentirse solo aunque esté con más gente, tiene la idea de que algo anda mal en su mente puesto que tiene pensamientos inquietantes a cerca del sexo, se presenta moderadamente, también existe población que manifiesta no sentir nada en absoluto los síntomas detallados anteriormente.

### 10.- Resultados de las 9 Escalas

**Tabla 36** Componente de las 9 escalas



**Fuente:** Cuestionario de 90 Síntomas  
**Elaborado por:** Tannia Pineda

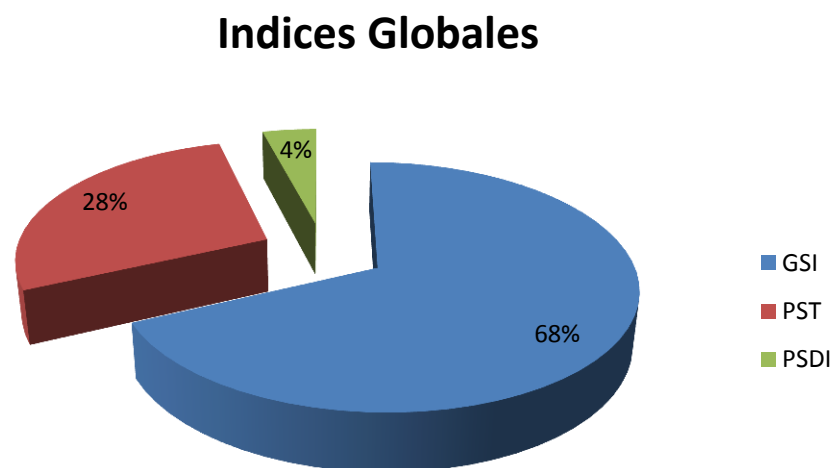
### Análisis e Interpretación:

La presente representación gráfica permite visualizar de manera simple los niveles alcanzados en la investigación en cada una de las nueve escalas de la sintomatología clínica psicológica que componen el inventario, se puede apreciar que la escala de somatización obtiene el mayor porcentaje 97,83% en la población

estudiada seguida de la escala de obsesión compulsión con el 94,7%, con el 93,67% de la escala de Hostilidad, 88,22% de sensibilidad interpersonal continuando con 88,08% de la escala de Depresión, Ideación Paranoide con el 87% y 86,4% de Ansiedad, el 68,5 en la escala de psicoticismo terminando con un 65,57% de ansiedad fóbica.

#### 10.- escala de Índices Globales

**Grafico 37** Índices Globales



**Fuente:** Cuestionario de 90 Síntomas

**Elaborado por:** Tannia Pineda

**Tabla 37** Índices globales

<b>Gsi</b>	<b>27</b>	<b>68%</b>
<b>Pst</b>	11	28%
<b>Psdi</b>	2	4%
	40	

**Fuente:** Cuestionario de 90 Síntomas

**Elaborado por:** Tannia Pineda

#### **Análisis e Interpretación:**

En relación con lo que proyecta el grafico final de los resultados de la aplicación del inventario SCL-90R de sintomatología clínica psicológica en una población universo de estudio de 40 personas privadas de la libertad se aprecia los porcentajes de los índices globales los cuales indican que existe un 68% de índice de severidad global el cual se encarga del nivel actual de la severidad del malestar

general percibido, seguido del 28% del total de síntomas positivos que se enfoca en mostrar de manera consciente lo bien que esta de forma exagerada o por el contrario lo mal que se encuentra, cayendo en la mentira patológica, finalmente el índice de malestar sintomático positivo con un 4.1% que se enfoca en la intensidad de los síntomas positivos. Los resultados obtenidos sustentan el alto índice de sintomatología clínica psicológica en los niveles de psicopatía.

#### **4.1.3 Verificación de Hipótesis**

Se utilizó la prueba del chi-cuadrado para verificar la hipótesis.

Para comprobar la hipótesis se consideran cinco pasos que se detallan a continuación:

- **Establecer hipótesis nula y alternativa**

La hipótesis planteada en el presente estudio es:

“Existe relación entre los niveles de psicopatía y la sintomatología clínica psicológica en los internos procesados por abuso sexual en el Centro de privación de libertad para personas adultas en conflicto con la ley-Ambato ”

Variable Independiente: **niveles de psicopatía**

Variable Dependiente: **sintomatología clínica psicológica**

Partiendo de la presente información se plantean la hipótesis nula ( $H_0$ ) e hipótesis alternativa ( $H_1$ )

$H_0$ : NO existe relación entre los niveles de psicopatía y la sintomatología clínica psicológica.

$H_1$ : Existe relación entre los niveles de psicopatía y la sintomatología clínica psicológica.

El modelo matemática se expresa de la siguiente forma:

$$H_0: f_0 = f_e$$

$$H_1: f_0 \neq f_e$$

- **Establecer el nivel de significancia**

Se puede trabajar con dos tipos de niveles de significancia: a) 0.05 y b) 0.01 se puede probar esta hipótesis calculando con los dos niveles, en este caso, el nivel de significancia 0.05 y con un nivel de confianza del 95% que es un valor comúnmente aceptado en los estudios relacionados con el área de psicología clínica debido a su mezcla entre la fiabilidad de sus datos y dado que los instrumentos de recolección de información son técnicamente estudiados y probados para la eficiencia de los casos.

- **Establecer el estadístico de prueba**

Considerando que el estudio es cualitativo se utiliza una prueba no paramétrica, en la práctica, hay situaciones en las que sus posiciones no se justifican o en las que se duda que se satisfagan, como es el caso de poblaciones muy sesgadas. Para ello se considera como adecuada la prueba de chi cuadrado.

$$x^2 = \sum \frac{(f_0 - f_e)^2}{f_e}$$

La comprobación de hipótesis se calcula con los datos de las siguientes preguntas:

**Variable independiente:** Escala de Psicopatía de Hare

Nivel de psicopatía.

**Variable dependiente:** Resultados test SCL-90R

Cuestionario de sintomatología clínica psicológica.

Con este fundamento se elabora la tabla de contingencia

**Tabla 38** Frecuencia observada

<b>FRECUENCIAS OBSERVADAS</b>					
<b>Recuento</b>		<b>Sintomatología clínica psicológica</b>			<b>Total</b>
		<b>Índice de Severidad Global</b>	<b>Total de Síntomas Positivos</b>	<b>Índice de Malestar Positivo</b>	
<b>Nivel de Psicopatía</b>	Normal	4	0	0	<b>4</b>
	Tendencia Psicopáticas	11	0	0	<b>11</b>
	Psicopatía	13	10	2	<b>25</b>
<b>Total</b>		<b>28</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>40</b>

**Fuente:** Tabla de contingencia Spss vs 20

**Elaborado por:** Tannia Pineda

En base a estos valores se construye esta tabla de contingencias de las frecuencias esperadas

**Tabla 39** Frecuencias esperadas

<b>FRECUENCIAS ESPERADAS</b>					
<b>Recuento</b>		<b>Sintomatología clínica psicológica</b>			<b>Total</b>
		<b>Índice de Severidad Global</b>	<b>Total de Síntomas Positivos</b>	<b>Índice de Malestar Positivo</b>	
<b>Nivel de Psicopatía</b>	Normal	3	1	0	<b>4</b>
	Tendencia Psicopáticas	8	3	1	<b>11</b>
	Psicopatía	18	6	1	<b>25</b>
<b>Total</b>		<b>28</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>40</b>

**Fuente:** Tabla de contingencia Spss vs 20

**Elaborado por:** Tannia Pineda

Con estos datos se amplía el modelo estadístico previamente explicado que es el Chi cuadrado.



**Tabla 40** Calculo estadístico de Chi-cuadrado de Pearson

<b>CALCULO ESTADISTICO CHI-CUADRADO DE PEARSON</b>					
<b>Renglón</b>	<b>O</b>	<b>E</b>	<b>O-E</b>	<b>(O-E)2</b>	<b>(O-E)2/E</b>
Normal/Severidad Global	4	3	1	1,44	0,51
Normal/Síntomas positivos	0	1	-1	1,00	1,00
Normal/Malestar positivo	0	0	0	0,04	0,20
Tendencia psicopáticas/ Severidad Global	11	8	3	10,89	1,41
Tendencia psicopáticas/Síntomas positivos	0	3	-3	7,56	2,75
Tendencia psicopáticas/ Malestar positivo	0	1	-1	0,30	0,55
Psicopatía/Severidad Global	13	18	-5	20,25	1,16
Psicopatía/Síntomas positivos	10	6	4	14,06	2,25
Psicopatía/Malestar positivo	2	1	1	0,56	0,45
<b>Chi cuadrado de Pearson</b>			<b><math>\chi^2</math></b>	<b><math>\Sigma=</math></b>	<b>10,29</b>

Fuente: Calculo chi2

Elaborado por: Tannia Pineda

#### 4.- Formular la regla de decisión

La distribución de chi cuadrado se basa en relación a los grados de libertad existentes en la tabla de contingencia (Lind, Mason, & Marchal, 2011), el mismo que se observa en el cálculo de la tabla anterior.

Partiendo del mismo se considera como valor teórico:

$$gl = (f - 1)(c - 1)$$

$$gl = (3 - 1)(3 - 1)$$

$$gl = (2)(2)$$

$$gl = 4$$

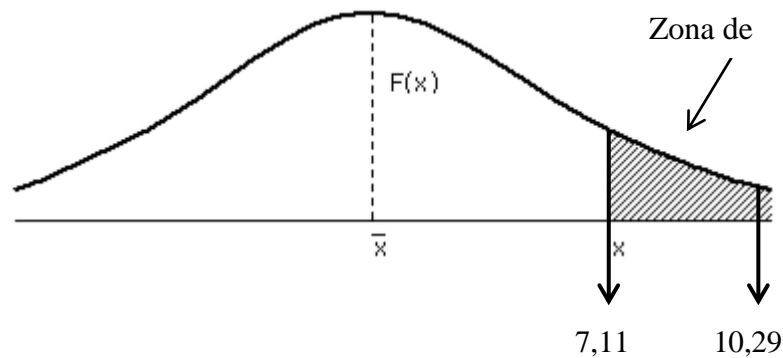
Dado que los grados de libertad son 6 con un  $\alpha=0.05$  se tiene  $\chi^2_t = 7,11$

$$\chi^2_c > \chi^2_t$$

$$10,29 > 7,11$$

#### 5.- Tomar una decisión

Con la información de los cálculos realizados se procede a realizar el gráfico donde se identifican los valores: chi cuadrado teórico y chi cuadrado calculado.



**Grafico 38:** Campana de gauss – comprobación de hipótesis  
**Fuente:** Resultados calculados del chi2 y tabla estadística chi2 tabulado

El factor de determinación comprende con la condición:

$$x_c^2 > x_t^2$$

$$10,29 > 7,11$$

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10.286 <sup>a</sup>	4	.036
Razón de verosimilitudes	14.252	4	.007
Asociación lineal por lineal	7.324	1	.007
N de casos válidos	40		

a. 6 casillas (66.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .20.

De lo cual se desprende:

$$x_c^2 > x_t^2$$

Por lo cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, es decir que: Existe relación entre los niveles de psicopatía y la sintomatología clínica psicológica en los internos procesados por abuso sexual en el Centro de privación de libertad para personas adultas en conflicto con la ley-Ambato.

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1 Conclusiones**

En relacion a la base del problema de investigación formulado para el presente estudio, asi como la correlacion de los objetivos con las preguntas directrices de este trabajo, es viable formular las siguientes conclusiones referente a la poblacion carcelaria de abusdores sexuales recludos en el Centro de privacion de libertad de personas adultas en conflicto con la ley- Ambato.

Respecto a los niveles de psicopatia evaluados a traves del cuestionario se concluye de acuerdo a los resultados obtenidos tiene relación en la agudización de ciertas areas del inventario de sintomatología clínica psicológica como se puede ver en relación directa a mayor sintomatología clínica psicológica existe tendencias psicopáticas y psicopatía como se evidencia en la prueba del Chi cuadrado.

De acuerdo con los resultados obtenidos en cuanto a la sintomatología clínica psicológica, se concluye que; la población estudiada presenta niveles altos de sintomatología específica de las 9 escalas prominetes del test SCL-90R, de manera decreciente referente a somatización con 97,83%, obsesion-compulsión el 94,7%, hostilidad 93,67%, depresión 88,8%, ansiedad 86,4%, ideación paranoide 87%, psicoticismo 68,3%, la mayor parte presenta niveles medios y altos en la alteracion de dichas escalas sintomatológicas.

Durante la investigación se pudo verificar que los niveles de psicopatía en los internos son un 60% tendencias psicopáticas, 35% psicopatía y un 5% población

normal esto en relación con las áreas de sintomatología como son psicoticismo, hostilidad, depresión y obsesión - compulsión.

Es así que finalmente luego de la investigación conjuntamente con los resultados se ve la importancia de implementar un tratamiento adecuado para poblaciones específicas como la de este estudio, que pueda direccionar el proceso de adaptación y rehabilitación, enfocando la atención hacia la reestructuración cognitiva mediante la modificación de distorsiones cognitivas.

## **5.2 Recomendaciones**

Considerando que en los resultados de la investigación realizada se ha determinado que existe la incidencia de los niveles de psicopatía en el incremento de sintomatología clínica psicológica se recomienda trabajar en las áreas de mayor afección sintomatológica con el fin de lograr una estabilidad en áreas afectiva y comportamentales mediante técnicas de autocontrol.

Al ser el área de somatización la de mayor incremento de niveles sintomáticos clínicos se recomienda trabajar en técnica de relajación con el objetivo de disminuir los síntomas.

Establecer un modelo de corte cognitivo enfocando en psicoeducación, reestructuración cognitiva, con el fin de alcanzar reestructuración de pensamientos intrusivos y baja de actos compulsos.

Implementar talleres de intervención psicológica mediante la técnica cognitivo-conductual a través del modelo ABC a fin de trabajar creencias y pensamientos irracionales.

## **CAPITULO VI**

### **PROPUESTA**

#### **6.1 Datos informativos**

##### **6.1.1 Tema**

Intervención Psicoterapéutica de corte cognitivo conductual, direccionada a disminuir los niveles de sintomatología clínica psicológica existente en los internos reclusos por abuso sexual con niveles de psicopatía del Centro de Privación de Libertad de Personas Adultas en Conflicto con la Ley-Ambato

##### **6.1.2 Institución Ejecutora**

Universidad Técnica de Ambato

##### **6.1.3 Beneficiarios**

**Directos** 40 internos del centro de privación de libertad

**Indirectos** Familiares de las personas privadas de la libertad

Autoridades del Centro de privación de libertad

Sociedad

##### **6.1.4 Ubicación**

País: Ecuador

Provincia: Tungurahua

Cantón: Ambato

Lugar: Instalaciones del Centro de Privación de Libertad de personas adultas en conflicto con la ley-Ambato

### **6.1.5 Tiempo estimado para la ejecución**

Se aplicara en un período estimado de seis meses

### **6.1.6 Equipo Técnico Responsable**

Área de Psicología Clínica del Centro de Privación de Libertad

Egda. Tannia Pineda (investigadora)

Practicantes de Psicología Clínica

## **6.2 Antecedentes de la propuesta**

La población carcelaria del centro de privación de libertad para personas adultas en conflicto con la ley-Ambato, con presuntos niveles de psicopatía fueron convocados a participar de un proyecto experimental y mejoramiento de capacidades y habilidades de relación personal a través de la modificación de factores dinámicos de riesgo como los hábitos, los valores delictivos, distorsiones y justificaciones, falta de empatía, estilo de vida desestructurado. Debido a que existe un énfasis por parte de los investigadores a lo largo de algunos años en estudiar la conducta delictiva que direcciona a los individuos con tendencias psicopáticas y psicopatía propiamente dicha, con el fin de entender, evaluar, prevenir y explicar que es lo que lleva al hombre a vulnerar la normativa legal establecida o lo que es mucho más importante el violar los derechos de sus semejantes.

Los datos obtenidos en la presente investigación a través de la aplicación de los test PCL-R de niveles de psicopatía y SCL-90R inventario de sintomatología clínica muestran que el 83% de la población estudiada (personas privadas de la libertad) presentan niveles de psicopatía y el 79% refiere la mayor parte de sintomatología clínica psicológica, lo cual indica como estas se refuerzan de manera constante la una de la otra. Los reos que presentan sintomatología clínica

psicológica elevada en su mayoría son aquellos que presentan niveles de psicopatía como psicopatía y tendencias psicopáticas como parte de su personalidad y desarrollo de su rol social.

Es importante mencionar que las personas privadas de la libertad por causa legal de abuso sexual manifiestan los niveles de psicopatía en sus conductas delictivas de manera consciente pues no se los considera enfermos mentales propiamente pues según los estudios que sustentan esta investigación son personas malas con actos conscientes que en su ciclo evolutivo carecen de empatía y sentimientos de culpa también poseen gran sentido de autovalía y sobre todo grandes habilidades de manipulación entre otros.

Con estos antecedentes resulta importante plantear un formato de intervención psicoterapéutica basado en técnicas cognitivo-conductual que permitirá a estos individuos la modificación de conductas desadaptativas sin olvidar estabilizar el área afectiva de los mismos.

### **6.3 Justificación**

Partiendo de la concepción de que el ser humano configura el mundo por sus pensamientos y creencias que ha implantado las experiencias a lo largo de su vida, desde esta visión son las creencias sobre nosotros y el mundo las que estipulan la posición que se tiene frente a él, y que al ser flexible o considerar creencias menos surge el considerar la posibilidad de alternativas y formas de ver o percibir el mundo de una manera más adaptativa.

Se considera que la propuesta planteada es de gran importancia la realización y aplicación según los resultados obtenidos acorde al análisis e interpretación de los test aplicados frente a la presente problemática, ya que existe la influencia de los niveles de psicopatía en la sintomatología clínica psicológica en la población delictiva de las personas privadas de la libertad del centro de privación de libertad para personas adultas en conflicto con la ley-Ambato, determinando esto como un aspecto fundamentalmente importante para trabajar a través de una intervención psicoterapéutica.

En concordancia con los resultados obtenidos en la presente investigación, se ha tomado como propuesta la intervención específica al conflicto marcado con la baja de niveles de sintomatología clínica psicológica y mejorar capacidades y habilidades de relación personal mediante la aplicación de cognitivo conductual que se enfocan en las dimensiones cognitiva, afectiva, somática, interpersonal y conductual tomando al individuo como un ente integral y global.

Esta propuesta es loable debido a que cuenta con un elevado margen de originalidad y sobre todo con un gran aporte psicosocial, pues se tomó una problemática de interés global elegida por la investigadora más cuenta con la aprobación de las autoridades del centro de privación de libertad y la predisposición de profesionales capacitados para llevar a cabo los procesos de intervención psicoterapéutica y lo más importante con la colaboración de la población estudiada.

## **6.4 Objetivos**

### **6.4.1 Objetivo General**

- Diseñar y aplicar un programa de intervención psicoterapéutica de corte cognitivo conductual, direccionado a disminuir los niveles de sintomatología existente en los internos reclusos por abuso sexual con niveles de psicopatía del Centro de Privación de Libertad de Personas Adultas en Conflicto con la Ley-Ambato

### **6.4.2 Objetivo Específico**

- Disminuir los niveles de sintomatología clínica psicológica de las escalas de mayor prevalencia en los internos reclusos en el Centro de privación de la libertad para personas adultas en conflicto con la ley-Ambato.
- Promover las capacidades y habilidades de relación personal



- Aportar a la institución métodos de intervención psicoterapéutica direccionados específicamente a los niveles de psicopatía presentes con el fin de disminuir los índices de violencia.

## **6.5 Análisis de factibilidad**

### **6.5.1 Operativa**

Es viable la realización de la presente investigación debido a que las autoridades pertinentes de la institución conjuntamente con las personas privadas de la libertad presentan la mayor disposición de colaboración y participación activa en la implementación y aplicación del programa planteado. Es decir se cuenta con la predisposición e interés de manera optimista con objetivo en mira de lograr dar solución a la presente problemática.

### **6.5.2 Técnica**

En cuanto a la parte técnica es factible, debido a que se cuenta con la aprobación y el apoyo de las autoridades institucionales pertinentes, así la infraestructura tanto física como tecnológica con la que cuentan. Se impartirá a través de charlas, psicoterapia grupal, psicoterapia individual y familiar, dinámicas. Se llevara a cabo en un ambiente adecuadamente preparado que sea motivador, de aprendizaje y compromiso global.

## **6.6 Fundamentación científico técnica**

La técnica psicoterapéutica de corte Cognitivo Conductual es un modelo de tratamiento psicoeducativo, activo de corto plazo, directivo, estructurado y dinámico es una forma de entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos. La Técnica Cognitivo Conductual le puede ayudar a cambiar la forma cómo piensa ("cognitivo") y cómo actúa ("conductual") y estos cambios le pueden ayudar a sentirse mejor. A diferencia de algunas de las otras

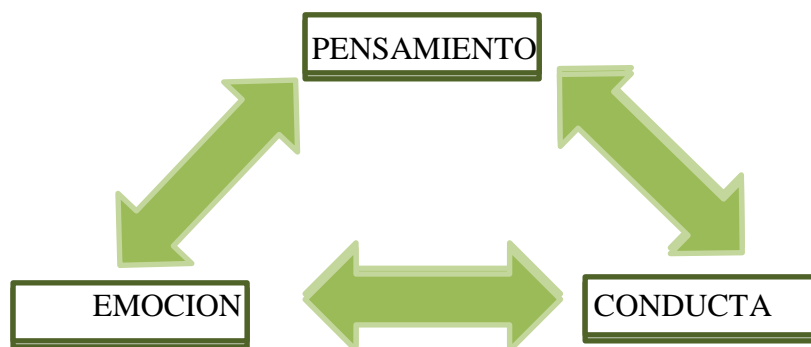
"terapias habladas", la técnica Cognitivo Conductual se centra en problemas y dificultades del "aquí y ahora". En lugar de centrarse en las causas de su angustia o síntomas en el pasado, busca maneras de mejorar su estado anímico ahora. (Preston, 2008)

La sustentación científico técnica de la investigación se sustentará en la teoría cognitivo conductual, a continuación se describirá los conceptos a tratar conjuntamente con las técnicas cognitivas conductual.

Parto de la premisa de que el hombre es un constructo biopsicosocial que alcanza a configurar el mundo a través de pensamientos y creencias que presenta a lo largo de la vida.

La teoría cognitivo conductual utiliza técnicas emocionales e interpersonales que abarcan las emociones, pensamientos y conductas.

**Cuadro 5** Esquema Cognitivo



**Elaborado por:** Tannia Pineda

## **TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN**

### **Técnica de autocontrol**

Esta técnica se fundamenta en una serie de técnicas conductuales en las que el sujeto deliberada y racionalmente las circunstancias tanto anteriores como posterior es de una conducta a fin de modificarla, desde un control externo hasta producir el cambio interno.

Para llevar a cabo el autocontrol se necesita de:

- ✓ **Control de estímulos:** se debe disminuir, aumentar o cambiar los estímulos para que se dé la modificación en ocasiones hasta suprimir la conducta.
- ✓ **Autobservación:** se es consciente de las conductas automáticas o inconscientes que requieren un cambio.
- ✓ **Autoreforzamiento:** se trabaja con la autobservación, autodeterminación y la autoadministración del reforzamiento mediante la imaginación o circunstancias reales.
- ✓ **Autoinstrucción:** a través de instrucciones se induce a un cambio de conducta.
- ✓ **Entrenamiento de respuestas alternativas:** una serie de acciones diferentes a las conductas indeseables.

### **Técnica grupal**

En cuanto a las técnicas grupales se llevara a cabo:

Resolución de problemas: esta estrategia se basa en la preparación del individuo para enfrentar los problemas, debido a que la forma como se desenvuelve frente a situaciones críticas se encuentran directamente influidas por los hábitos consolidados por las experiencias anteriores según (Balarezo, 2011).

Lo que rodea al sujeto tanto el medio familiar, social, laboral, educativo va aportando y estableciendo diversas formas de enfrentar a los problemas de orientación pasiva o de defensa.

Para la aplicación de esta técnica se sugiere:

- ✓ Orientación general: las dificultades que el individuo manifiesta de su comportamiento.
- ✓ Definición y formulación del problema: se sintetiza el problema a fin de identificar las causas y los factores desencadenantes y predisponentes.

- ✓ Generación de alternativas: se busca posibles alternativas, se selecciona se combina las más adecuadas para la solución o enfrentamiento.
- ✓ Toma de decisiones: el sujeto llega a una solución
- ✓ Verificación de los resultados: replanteamiento de alternativas de solución.

### **Psicoeducación**

La psicoeducación se enfoca en transmitir conocimientos de manera explicativa en relación con el problema a tratar, utilizando métodos inductivos y deductivos a más de las generalidades, etiopatogenia, síntomas .consecuencias, apoyo emocional, ámbitos a tratar como son la familia, los amigos, y lo más importante el conocimiento del padecimiento propio.

La psicoeducación permite que el sujeto se parte activa del tratamiento ya que al saber lo que sucede con él y percibir que el terapeuta lo entiende sirve de motivación para continuar

### **Reestructuración cognitiva**

Es una técnica psicológica que se enfoca en identificar, analizar y modificar tanto creencias como pensamientos erróneos que se han experimentado en diferentes situaciones.

Procedimiento para la reestructuración cognitiva:

- ✓ Identificación de pensamientos erróneos
- ✓ Análisis y evaluación de los pensamientos erróneos
- ✓ Exploración de pensamientos alternativos.

Con esto se busca la modificación de los patrones de pensamiento distorsionado presentes en el sujeto y sus creencias irracionales.

### **Defusión cognitiva**

Se deriva de la terapia de aceptación y compromiso con el objetivo de separar la fusión de pensamiento acción.

Es una técnica psicológica dentro de la teoría de marcos referenciales encargada de la modificación o cambio del uso del lenguaje a fin de que los pensamientos no tomen un significado literal, por el contrario se vea flexible para reducir el impacto de los pensamientos.

Se toma al lenguaje como referencia comunicacional mas no como la única forma de conocimiento, se toma a los pensamientos deslindado del individuo que tiene el pensamiento para conseguir objetivarlo

La difusión cognitiva consiste en unificar los pensamientos con el auto-concepto por lo que incapacita al sujeto a entender el contenido del pensamiento.

En la aplicación de esta técnica el objetivo es experimentar el mundo de la manera como lo perciben los pensamientos conjuntamente, experimentar el mundo siendo conscientes de los procesos de los pensamientos y las posibles alternativas.

### **Atención Plena**

Se enfoca en direccionar los pensamientos intrusivos no deseados que experimenta el sujeto reduciendo los niveles de ansiedad e influyendo en la desestructuración del pensamiento y fusión del pensamiento acción.

Para lograr atención plena se considera

- ✓ Mantener una conciencia descentralizada
- ✓ Permanencia de la atención en circunstancias y pensamientos difíciles
- ✓ No reaccionar frente a pensamientos difíciles

### **Habilidades de Comunicación**

Respecto a las habilidades de comunicación se considera el simbolismo y el aspecto afectivo y se la considera como un proceso de interrelación y retroalimentación ligado a la conducta tomando en cuenta la reacción, aceptación, y el mensaje de contexto. Las dimensiones que se considera para el intercambio verbal son afectividad- cognitiva; comprensiva- no comprensiva; específica – no específica: exploratoria-no exploratoria; eficaz –no eficaz según (Balarezo, 2011)

### **Técnicas de reatribución**

Se basa en herramientas de resiliencia enfocándose en los aspectos que generan el problema para lograr llegar a diversas alternativas de solución sin la dificultad de culparse a sí mismo por sucesos que se encuentran fuera de su control.

### **Desensibilización sistemática**

Es una técnica desarrollada por Wolpe basada en principios de inhibición condicionada o recíproca, relacionada con la disminución de la angustia frente a estímulos concretos o específicos según (Balarezo, 2011).

Se centra en los siguientes pasos la técnica:

- ✓ Adiestramiento en relajación muscular profunda.
- ✓ Construcción de jerarquías en base a los estímulos ansiógenos según la ansiedad subjetiva.

- ✓ Contraposición de la relajación de los estímulos ansiógenos

### Técnicas de intervención para disminuir la valoración negativa de los pensamientos obsesivos

#### Reestructuración cognitiva

La importancia del papel de los factores y procesos cognitivos en el desarrollo y mantenimiento del TOC ha sido puesta de manifiesto. Concretamente, cómo valore e interprete la persona que presenta un TOC sus propios pensamientos intrusivos y obsesivos, se considera un factor fundamental que influye en la adquisición y/o mantenimiento de este trastorno. Así, ante pensamientos intrusivos “normales” que tienen la mayoría de las personas, la interpretación errónea y catastrofista de estos pensamientos aumenta la probabilidad de transformarlos en obsesiones, favoreciendo así el desarrollo del TOC. En esta línea, se ha encontrado que existen tres factores que agravan las compulsiones de la persona con TOC: a) la responsabilidad percibida por la persona en relación con la amenaza; b) la probabilidad de que se produzca algún daño; y c) la anticipación de la gravedad de dicho daño. Por tanto, el objetivo fundamental de la técnica es identificar los pensamientos distorsionados y modificarlos por otros más adaptativos y realistas (Márquez, Romero, Fernández, & Ortega, 2007).

#### Defusión cognitiva

La defusión cognitiva es un componente de la Terapia de Aceptación y Compromiso orientada a reducir la fusión pensamiento-acción. No elimina o sustituye los pensamientos intrusivos si no que disminuye su influencia. Algunas personas con obsesiones dudan de si lo que han pensado ha sido un pensamiento o lo han hecho realmente. En estos casos, el objetivo será que aprendan a diferenciar entre pensamientos y acciones; es decir, que desliteralicen las palabras-conceptos y vean, con ello, que los pensamientos son sólo pensamientos o recuerdos y no sucesos reales presentes. Este proceso de desliteralización se puede lograr a través de la contemplación del pensamiento, de la repetición del mismo en alto hasta que sólo quede el sonido, de la observación del pensamiento como un evento externo que puede modificarse (en forma, color, velocidad o aspecto) o del

agradecimiento a la mente por haber proporcionado tal pensamiento, entre otras técnicas. Tales métodos conducirán a una actitud más objetiva y distanciada respecto a los pensamientos, facilitando que éstos dejen de ser estímulos condicionados de respuestas emocionales intensas y dejen de ser discriminativos de respuestas disfuncionales de evitación o escape. De este modo, la defusión cognitiva ayuda a disminuir la credibilidad o el apego a los pensamientos, aunque no necesariamente altera su frecuencia. Se ha comprobado que la aplicación de los ejercicios de desliteralización reducía la credibilidad y el malestar de los pensamientos negativos y favorecía su manejo. Las investigaciones constatan que este método es eficaz para disminuir el malestar y la credibilidad del pensamiento frente a la distracción, la respiración abdominal y la atención a pensamientos agradables (2007).

Atención Plena (Mindfulness) El mindfulness puede ser beneficioso para el manejo de los pensamientos intrusivos no deseados que se experimentan en el TOC. Según un estudio el mindfulness podría beneficiar a los que experimentan pensamientos obsesivos compulsivos incidiendo en aspectos como la supresión del pensamiento y la fusión pensamiento-acción. Otros estudios experimentales han demostrado que aplicar la atención plena como estrategia cuando el cliente experimenta pensamientos obsesivos reduce la ansiedad asociada (Márquez, Romero, Fernández, & Ortega, 2007) proponen para el tratamiento de TOC la Terapia Cognitivo-Conductual Basada en Mindfulness (MBCBT).

Responder con atención plena ante los pensamientos intrusivos implica (Márquez, Romero, Fernández, & Ortega, 2007):

Conciencia descentralizada de pensamientos como eventos mentales en un contexto más amplio en contraste con perderse en reaccionar ante ellos.

2. Permitir a la atención que se quede con los pensamientos difíciles en lugar de evitarlos.

3. Aceptar pensamientos e imágenes difíciles y a uno mismo frente a juzgarlos.



4. Dejar a los pensamientos difíciles pasar sin reaccionar en lugar de preocuparse o rumiar

#### Parada de pensamiento.

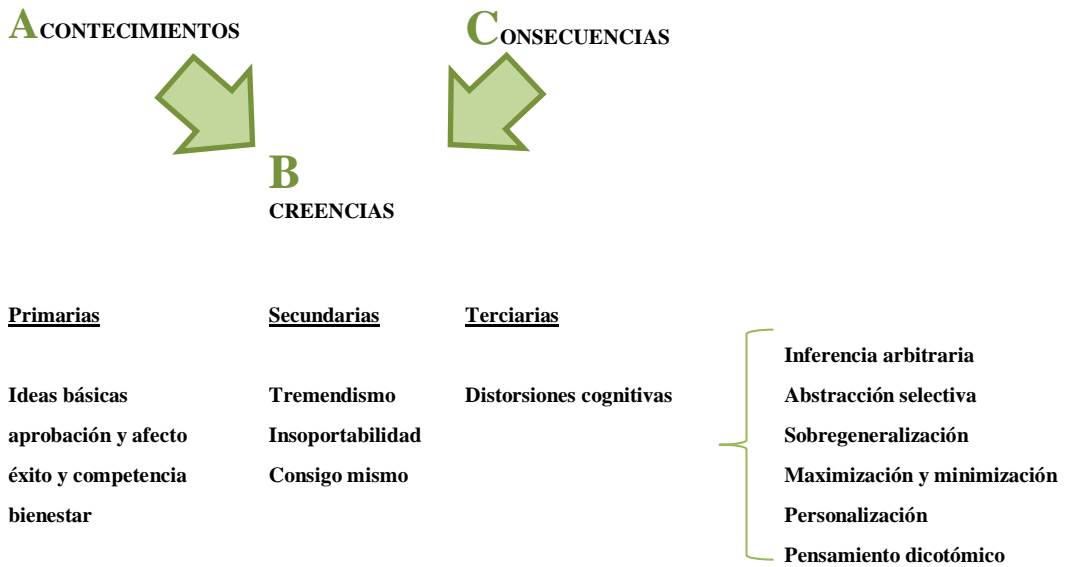
La técnica de parada de pensamiento fue descrita originalmente por Bain y adaptada por Wolpe para el manejo de los pensamientos fóbicos y obsesivos. La técnica consiste en entrenar a las personas para cortar los pensamientos intrusivos cuando éstos aparecen, a continuación darse una autoinstrucción y finalmente introducir una imagen o escena agradable que sirva de distracción. Esta técnica puede ser utilizada para cortar los pensamientos obsesivos, una vez que se ha reducido la importancia que el cliente otorga a éstos. En TOC la técnica se puede utilizar en cuanto aparecen los pensamientos obsesivos y para prevenir de la aparición de las compulsiones -comprobaciones o de otro tipo de neutralizaciones encubiertas -rituales mentales. Es importante especificar el momento en que se ha de utilizar la técnica, ante qué tipo de pensamientos y entrenar en sesión cómo se aplicará, con la intención de evitar que la técnica pueda ser utilizada por el cliente como una neutralización más (2007).

#### **Técnica Cognitivo-conductual Modelo A-B-C**

En el curso de la psicología los profesionales entendidos suelen mantener un modelo atribucional o causal sobre la conducta enfocados en la influencia de los factores externos.

Representado de la siguiente manera:

**Cuadro 6** Modelo ABC



**Elaborado por:** Tannia Pineda

En concordancia con la presente representación se lo ha denominado la teoría del cambio ya que sus aspectos situacionales o ambientales que serían A, conjuntamente con las consecuencias emocionales cognitivas-conductuales que se las denomina C y como resultado la evaluación cognitiva que sería B es realmente un esquema cognitivo.

La Tríada Cognitiva

El paciente presenta una alteración en los patrones cognitivos que se menciona a continuación

Visión negativa de sí mismo: piensa que todo lo que lo conforma pensamientos, acciones, conductas están mal y que necesita de atributos positivos.

Visión negativa de sus experiencias: todo lo que tenga que ver con su medio es difícil así que de antemano tiene sentimientos de derrota o frustración

Visión negativa del futuro: debido a sus distorsiones o errores cognitivos ve su futuro con perspectiva nada optimista.

Las distorsiones cognitivas son:

- ✓ Inferencia arbitraria
- ✓ Maximización
- ✓ Minimización
- ✓ Abstracción selectiva
- ✓ Generalización excesiva
- ✓ Personalización
- ✓ Pensamiento dicotómico

### Técnicas de Relajación de Schulz

La relajación de Schulz se da a través de ciertos ejercicios fisiológicos y racionales mediante la inducción el sujeto recibe modificaciones globales que le generan una sensación de relajamiento y tranquilidad sin ser consciente d su participación pues se manifiesta una entrega interior por parte del sujeto (Balarezo, 2011).

Mediante la relajación se puede obtener:

- ✓ Restablecimiento de funciones
- ✓ Autotranquilización debido a la relajación interna.
- ✓ Aumento de rendimiento de algunas funciones.
- ✓ Supresión del dolor
- ✓ Autodeterminaciones conseguidas por la formulación de propósitos representados en estado de concentración.
- ✓ Autocritica y autodomio

Respecto al entrenamiento de relajación se efectúa mediante la concentración de 6 diferentes zonas según Balarezo (2011):

- ✓ Músculos
- ✓ Vasos sanguíneos
- ✓ Corazón
- ✓ Órganos de la respiración
- ✓ Órganos abdominales
- ✓ Cabeza

Es recomendable que el curso que siga la relajación no sea de continuo debido a que la concentración impide que la generalización sea amplia, es así que su inicio debe ser por el brazo que es la parte que más actividad tiene continuando con el área más cercana.

Respecto a la técnica se debe cumplir con ciertas condiciones según Balarezo (2011):

- ✓ Conformidad del individuo para el reposo.
- ✓ Presencia de cierto autodomínio en el sujeto
- ✓ El factor de la postura corporal
- ✓ Empobrecimiento de los estímulos externos
- ✓ Monotonía de los diversos campos sensoriales
- ✓ Vivencia del ensimismamiento.

### **Método breve**

Se propone un acortamiento del entrenamiento de relajación acoplado a situaciones reales la disminución no se da en tiempo solo en las áreas o instrucciones en el número de veces que se repita, esto se puede dar aun cuando ya domine en forma global el método de relajación.

#### Acortamiento de las fórmulas de relajación:

Repetir	6	veces la frase	el brazo derecho es muy pesado
Repetir	1	veces la frase	estoy muy tranquilo
Repetir	6	veces la frase	el brazo derecho está muy caliente
Repetir	1	veces la frase	estoy muy tranquilo
Repetir	6	veces la frase	el pulso es tranquilo y regular
Repetir	1	veces la frase	estoy muy tranquilo
Repetir	6	veces la frase	respiración muy tranquila
Repetir	1	veces la frase	estoy respirando
Repetir	1	veces la frase	estoy muy tranquilo
			el plexo solar es como una corriente de
Repetir	6	veces la frase	calor
Repetir	1	veces la frase	estoy muy tranquilo
Repetir	6	veces la frase	la frente esta agradablemente fresca
Repetir	1	veces la frase	estoy muy tranquilo

terminar con las frases

Brazos firmes, Respirar hondo, abrir los ojos

Entrenamiento de tiempo limitado: el objetivo es conseguir relajarse en un tiempo limitados más o menos 2 a 3 minutos y sigue el siguiente esquema:

- ✓ Pesadez
- ✓ Tranquilidad
- ✓ Calor
- ✓ Tranquilidad
- ✓ Cabeza despejada y clara
- ✓ Brazos firmes
- ✓ Respirar hondo
- ✓ Abrir los ojos.

## 6.7 Metodología

**Cuadro 7** Modelo operativo de la propuesta

<b>ETAPA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>TIEMPO</b>
<b>1. Logística</b>	Identificar el espacio físico en donde se llevará a cabo la psicoterapia	Preparación del material teórico práctico	Espacio físico Material de oficina Material bibliográfico	Investigadora	Del 3 al 7 de marzo
<b>2. Encuadre</b>	Establecimiento de normas y objetivos	Reunión con el equipo de trabajo	Recursos humanos Material de oficina Material bibliográfico	Investigadora	Del 10 al 14 de marzo
<b>3. Empatía</b>	Fortalecimiento de la relación terapéutica	Recolección de información Estudio amnésico	Recursos humanos Historia Clínica Material de oficina	Investigadora	Del 17 al 21 de marzo
<b>4. Entrenamiento</b>	Conocimiento y socialización de la técnica	Exposición acerca de la terapia que se va aplicar	Recursos humanos Espacio físico Material de oficina Material bibliográfico	Investigadora	Del 24 al 28 de marzo

AREAS	OBJETIVO	TECNICA	DESARROLLO	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
SOMATIZACIÓN		Técnica de relajación: Entrenamiento autógeno de SCHULTZ	Se trabajara directamente en las funciones del sistema vegetativo: estomago, respiración, corazón y sensación de su cuerpo			
	Disminuir los síntomas presente en la escala de somatización.	Técnica de Autoobservación	Detectar la creencia sobre los síntomas. Reemplazar la conducta por pensamientos más adaptativos donde el paciente sea capaz de reatribuir la causa de su sintomatología clínica psicológica.	Feedback Enganche próxima cita	Material Físico	Investigator
		Técnica Grupal	Se procederá a incluir la resolución de problemas, asertividad, afrontamiento			

		y sobre todo el manejo de la expresión corporal. Se trabajara el costo/beneficio				
<b>OBSESIÓN COMPULSIÓN</b>	Obsesión: Reestructuración de pensamiento intrusivo. Compulsión: disminuir el acto compulsivo	Psicoeducación.	Explicación de aspectos relevantes: origen Se enseña a conceptualizar y comprender los síntomas del TOC.	Material Bibliográfico	Investigadora	2 sesión
		Reestructuración cognitiva.	Se identifica los pensamientos distorsionados y se modifica por otros más adaptativos y realistas.	Material Bibliográfico	Investigadora	Durante todo el proceso



Defusión cognitiva.	Se reducirá la fusión pensamiento-acción	Material Bibliográfico	Investigadora	2 sesiones
---------------------	--	------------------------	---------------	------------

Atención plena.	Se dará el manejo de los pensamientos intrusivos no deseados que se experimentan	Material Bibliográfico	Investigadora	1 sesión
-----------------	--	------------------------	---------------	----------

Parada de pensamiento	Se entrena para cortar los pensamientos intrusivos cuando éstos aparecen: autoinstrucción, introducir imagen, distracción.	Material Bibliográfico	Investigadora	Todo el proceso
-----------------------	--	------------------------	---------------	-----------------

---

<b>HOSTILIDAD</b>	Disminuir los síntomas de hostilidad	Entrenamiento de habilidades de comunicación	Se trabaja los acontecimientos, desde las dimensiones afectivas y cognitiva, comprensiva, específica, exploratoria y eficaz.	Material Bibliográfico	Investigadora	Durante todo el proceso
		Resolución de problemas	Se procederá a dar orientación general, a definir y formular el problema, generar alternativas, tomar decisiones y verificar los resultados			
		tecina de reatribución	Se enseñara adoptar perspectivas realista sobre los problemas a fin de analizar todos los factores que influyen y no otorgándose la culpa de la cual no es responsable.			
		Regulación de emociones	Se trabajara a través de las autorrevelaciones para disminuir la vergüenza y autocompasión			

<b>DEPRESIÓN</b>	Disminuir los niveles de depresión a fin de modificar la cantidad y calidad de interacciones.	técnica de autocontrol	Se trabajara el control de impulsos conjuntamente con la autoobservación, autoreforzamiento, autoinstrucción y entrenamiento de respuestas alternativas.	Material Bibliográfico	Investigadora	Durante todo el proceso
		técnica de resolución de problemas	Se procederá a dar orientación general, a definir y formular el problema, generar alternativas, tomar decisiones y verificar los resultados			
<b>ANSIEDAD</b>	Disminuir los niveles de ansiedad	Interconsulta	Tratamiento farmacológico	Material Bibliográfico	Investigadora	Durante todo el proceso
		Desensibilización sistemática	Se trata de desvincular el objeto de la reacción ansiosa aprendiendo una nueva en su lugar.			
		Técnicas de distracción o focalización intencional.	Se trabajara direccionado el foco de atención hacia otro estímulo a fin de que lo describa mental o			

<b>IDEACIÓN PARANÓIDE</b>	Disminuir la sintomatología clínica psicológica de la escala de ideación paranoide	Entrenamiento asertivo	verbalmente.  Se dará entrenamiento a fin de generar habilidades comunicacionales, practicando conductas elementales sencillas como mirar a los ojos entre otras.	Material Bibliográfico	Investigadora
		Modelo ABC técnica cuestionamiento verbal	Se trabaja los acontecimientos, las creencias y pensamientos sobre A, que es cognición y las consecuencias emocionales que es conducta, a fin de cuestionar la evidencia de las creencias, consistencia interna, plausibilidad. redefinir el delirio como una reacción y reevaluar el delirio.		
		técnica de entrenamiento de habilidades sociales	Se procede al entrenamiento de habilidades a fin de instaurar conductas específicas y practicarlas. Reducción de ansiedad. Modificar valores,		

creencias, actitudes y cogniciones.  
 Analizar los parámetros situacionales para emitir la respuesta y enviarla.

<b>PSICOTICISMO</b>	técnica de habilidades de pensamiento	Se aplica y define como trabajar habilidades de pensamiento: observación, descripción, comparación, relación y secuencia		
	técnica de control de emociones y la ira	Se trabajara en autoobservación y autoregistro. Se idéntica la emoción, se aplica la distracción cognitiva a través de alguna actividad mental. Finalmente aplicara una visión en contexto real de alguna escena. retroalimentación	Material Bibliográfico	Investigadora
	Entrenamiento en actividades de tiempo libre.	Actividades acorde a sus habilidades y capacidades tomando en cuenta el interés.		
	Inter consulta			

Tratamiento psiquiátrico

**CIERRE**

Evaluar los resultados del proceso terapéutico.

**FASE 3**

**EVALUACIÓN**

Evaluar los resultados

Seguimiento de cada una de las áreas trabajadas en el proceso terapéutico retest

sociabilización de resultados

Material Bibliográfico

Investigadora

2 sesiones

**Fuente:** modelo operativo de la propuesta

**Elaborado por:** Tannia Pineda

## **7 Marco Administrativo**

### **7.1 Recursos**

#### **Institucionales**

Universidad Técnica de Ambato

Facultad Ciencias de la Salud

Carrera de Psicología Clínica

Centro de Privación de Libertad-Ambato

Departamento de evaluación y diagnóstico

#### **Humanos**

Tannia Jeanette Pineda Hernández

40 PPL

#### **Materiales**

Materiales de oficina

Material Bibliográfico

#### **Financiero**

Alícuotas del investigador

### **7.2 Presupuesto**

**Cuadro 8** Presupuesto

<b>RUBRO DE GASTOS VALOR</b>	
<b>Material de escritorio</b>	175.00
<b>Material Bibliográfico</b>	325.00
<b>Transporte</b>	215.00
<b>Fotocopias</b>	150.00
<b>Gastos varios</b>	300.00
<b>TOTAL</b>	1.165.00

**Elaborado por:** Tannia Pineda

## Bibliografía

- Association, A. P. (2013). *DSM-V*. Editorial Médica Panamericana.
- Balarezo, L. (2011). *Psicoterapia*. Quito: EDIPUCE.
- Bandura, a. (1982). *Teoría del aprendizaje social*. Calpe: Espasa.
- Barlow, D. H., & Durand, V. (2009). *Psicopatología*. Madrid: Thomson.
- Barlow, D. H., & Durand, V. (2009). *Psicopatología*. Madrid: Thomson.
- Bayas, J. C. (2014). Violencia sexual en el centro de rehabilitación. (T. Pineda, Entrevistador)
- Cabrera, M. (Enero de 2014). *Repositorio De la Universidad Técnica De Ambato*.  
Obtenido de  
<http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7043/1/TESIS%20pdf.pdf>
- Calvin, s. H., & Gardner, L. (1975). *Las grandes teorías de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Casullo, M. M., & Castro Solano, A. (2002). Patrones de personalidad, síndromes clínicos y bienestar psicológico en adolescentes. *Revista de psicopatología y psicología clinica*, 129-140.
- Cevallos, M. (2012). *Abuso sexual en el Ecuador*. Quito: ABC.
- Consejo Nacional de Rehabilitacion Social (CNRS)*. (2014).
- Contreras, A. H., & Oblitas, L. (2005). *Terapia Cognitivo Conductual Teoria y Practica*. Bogota: Psicom.
- Eguíluz, I., & Segarra, R. (2010). *Introducción a la Psicopatología*. México: Thomson.
- Gonzalez, L., Mercadillo, R., & Graff, A. (2010). *Version computarizada para la aplicacion del listado de sintomas ScL.90r y del inventario de temperamento y caracter ITC*. Mexico: Artemisa.
- Halguin, R. (2010). *Psicología de la anormalidad*. México: MC Graw Hill.
- Hare, D. (2010). Escala de psicopatía de Hare revisada. En *Metodo Hare para la evaluacion de Psicopatia de Hare*. Canada: TEA ediciones S.A.
- Herrera, C. (2009). *Fenomenología Criminal*.



- Herrera, C. (2011). *Fenomenología criminal y criminología comparada*. Madrid: Dykinson.
- Lazarus, A. (2000). *Un enfoque multimodal: una psicoterapia breve pero completa*. Desclee.
- Leonard R. Derogatis, P. (2009). *inventario de sintomatología clínica El Symptom Checklist-90-R*. Madrid-Barcelona: Pearson.
- Martin, R. A. (2014). Diferenciación entre sociopatía y psicopatía. *Liferder*, 9.
- Preston, J. (2008). *terapia Breve Integradora*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Ronald, C. C. (2009). Psicología Forense. Principios Fundamentales. En C. R. Lin Ching, *Psicología Forense. Principios Fundamentales* (pág. 180). Costa Rica: EUNED.
- Salazar, D. (2014). Estadísticas de procesados. (T. Pineda, Entrevistador)
- Sanchez, R. O. (2009). análisis Psicométrico del inventario de síntomas revisado (sc L-90-r) en Población clínica. *Revista argentina de Psicología Clínica XVIII*, 265-274.
- Trull, T., & Phares, J. (2010). *Psicología Clínica*. México: Thomson.
- Vallejo Ruiloba, J. (2011). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona, España: Masson.

### **Linkografía**

- Bonilla, E., Escobar, J., & Salgado, J. P. (2011). *Perfil psiquiátrico en la población carcelaria de género*. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5437/T-PUCE-5665.pdf?sequence=1&isAllowed=y>: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5437/T-PUCE-5665.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- COD.PENAL. (2014). *Ministerio del interior del gobierno Ecuatoriano*. Obtenido de Ministerio del interior del gobierno Ecuatoriano: <http://www.ministeriointerior.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/03/CODIGO-PENAL.pdf>
- Ecuavisa. (2013). *www.ecuavisa.com*. Recuperado el 17 de 06 de 2014, de La violencia sexual: <http://www.ecuavisa.com/articulo/noticias/actualidad/29187-en-ecuador-la-violencia-sexual-contraninos-y-adolescentes-sigue>

- García, Valencia, Jenny, & Arango, J. C. (2008). *Validación de la Lista de Chequeo de psicopatía revisada en población carcelaria masculina de Colombia*. Obtenido de Validación de la Lista de Chequeo de psicopatía revisada en población carcelaria masculina de Colombia: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v37n4/v37n4a07.pdf>
- INEC, I. N. (2013). *www.inec.gob.ec*. Recuperado el 17 de 06 de 2014, de [www.inec.gob.ec](http://www.inec.gob.ec).
- Jorge, N. V. (2010). *La crisis del sistema penitenciario*. Obtenido de <http://www.flacsoandes.edu.ec/biblio/catalog/resGet.php?resId=11501>
- León, M. E. (2012). *Psicóloga y Magister en Psicología Social*. Obtenido de [http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/25394/Documento\\_completo.pdf?sequence=1](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/25394/Documento_completo.pdf?sequence=1)
- Márquez, G., Romero, M., Fernández, M. T., & Ortega, M. (2007). *Guía para la intervención psicológica en el trastorno obsesivo compulsivo*. Obtenido de [https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo\\_TOC.pdf](https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_TOC.pdf)
- Mayorga, L. M. (2014). *Sintomatología Sub – clínica y el Rendimiento Académico del Estudiantado que presenta Índice Promedial Condicionado: Caso PUCESA*. Obtenido de <http://repositorio.pucesa.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/1010/1/85161.pdf>
- Morgan, D. D. (2011). *Repositorio Universidad San Francisco de Quito*. Obtenido de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/1226/1/101766.pdf>
- Núñez Vega, J. (2010). *La crisis del sistema penitenciario*. Obtenido de <http://www.flacsoandes.edu.ec/biblio/catalog/resGet.php?resId=11501>
- Publica, M. d. (2012). *Ley orgánica de la salud*. Obtenido de Ley orgánica de la salud: <http://www.salud.gob.ec/>
- Riquelme, C. A. (2010). Obtenido de [http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2004/abalos\\_c/sources/abalos\\_c.pdf](http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2004/abalos_c/sources/abalos_c.pdf)
- Rosello, J. M., & Vidal, X. R. (2015). *academia.edu*. Obtenido de academia.edu: [http://www.academia.edu/912225/El\\_psic%C3%B3pata\\_una\\_mente\\_amor\\_al\\_tras\\_la\\_m%C3%A1scara\\_de\\_la\\_cordura](http://www.academia.edu/912225/El_psic%C3%B3pata_una_mente_amor_al_tras_la_m%C3%A1scara_de_la_cordura)
- Ruiz, J. (2010). *Adaptación de la escala (PCL-R) para la evaluación de rasgos psicopáticos en población carcelaria de Colombia*. Obtenido de

Adaptacion de la escala (PCL-R) para la evaluacion de rasgos psicopaticos en poblacion carcelaria de Colombia:

[http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/3713/7036/4859/Adaptacin\\_De\\_La\\_Escala\\_PCL-R\\_20\\_Para\\_Evaluacin\\_De\\_Rasgos\\_Psicopticos\\_En\\_Una\\_Muestra\\_Carcelaria.pdf](http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/3713/7036/4859/Adaptacin_De_La_Escala_PCL-R_20_Para_Evaluacin_De_Rasgos_Psicopticos_En_Una_Muestra_Carcelaria.pdf)

Yumiseva, M. L. (2012). *Estudio de caso: Terápia Cognitívo-Conductual a pacientes con trastorno de estrés postraumático y distímia*. Obtenido de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/1548/1/106569.pdf>

Cabrera, M. (2014). *Repositorio De la Universidad Técnica De Ambato*. Obtenido de <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7043/1/TESIS%20pdf.pdf>

Freire, A. A. (2015). *Repositorio Universidad Técnica de Ambato*. Obtenido de <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/10550/1/Freire%20Acurio%2c%20Ana%20Luc%C3%ADa.pdf>

#### **Base de datos-UTA**

EBRARY: Etchegoyen, R. (2012). *Fundamentals on Psychoanalytic Technique* (208). Editorial Karnac Books. Tomado el: 2014. <http://www.amazon.com/Fundamentals-Psychoanalytic-TechniqueHoracio-Etchegoyen/dp/185575455X>

EBRARY: Varona, Carlos. *Psicología general*. Tomado 2014. <http://www.casadellibro.com/libro-introduccion-a-lapsicologia/9788435903837/113748>

BVS: Beck, Judith. *Terapia Cognitiva conceptos básicos y profundización*, Tomado el 2014, desde la base de datos. <http://www.casadellibro.com/libro-terapia-cognitiva-conceptos-basicos-yprofundacion/9788474327359/740484>



**Anexos**

**Anexo N°1**

**Objetivo:** Obtener información acerca del desarrollo del problema.

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA**

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

**NOMBRE**.....  
.....

**LUGAR Y FECHA DE**

**NACIMIENTO**.....

**EDAD**.....**SEXO**.....**ESTADO**

**CIVIL**.....

**NÚMERO DE**

**HIJOS**.....**INSTRUCCIÓN**.....**PREFESIÓN**.....

**OCUPACIÓN**.....**RESIDENCIA**.....  
.....

**2. MOTIVO DE CONSULTA**

.....  
.....

**3. ENFERMEDAD ACTUAL**

.....  
.....

**4. HISTORIA PASADA DE LA ENFERMEDAD**

.....  
.....  
.....

**5. PSICOANAMNESIS PERSONAL NORMAL Y PATOLÓGICA**

PRENATAL.....

NATAL.....

INFANCIA.....

PUBERTAD.....

ADOLESCENCIA.....

JUVENTUD.....

MADUREZ.....

**6. PSICOANAMNESIS FAMILIAR NORMAL Y PATOLÓGICA**

.....  
.....

**7. HISTORIAL SOCIAL.**

.....  
.....

**8. HISTORIA LABORAL**

.....  
.....

**9. HISTORIA PSICOSEXUAL**

.....  
.....

**10. EXAMENES DE FUNCIONES PSICOLÓGICAS**

CONCIENCIA.....

ATENCIÓN.....

SENSOPERCEPCIONES.....

MEMORIA.....

AFECTIVIDA.....

INTELIGENCIA.....

PENSAMIENTO.....

VOLUNTAD.....

INSTINTOS.....

HÁBITOS.....

JUICIO Y RAZONAMIENTO.....

**11. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO**

.....

**12. EXAMENES PSICOLÓGICOS**

.....

**13. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

.....

.....

**14. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO**

.....

**15. PRONÓSTICO**

.....

**16. RECOMENDACIONES**

.....



**Anexo N°2**

**Objetivo:** Obtener información acerca de las síntomas psicológicos

**CUESTIONARIO DE 90 SÍNTOMAS (SCL-90-R)**

Derogatis, L., 1977

Adaptación española de González de Rivera, J. y cols, 1988

**Nombres y apellidos:**.....

**Nº:** ..... **Sexo:** Varón..... Mujer..... **Edad:**..... **Fecha de hoy:**.....

**Procedencia:** ..... **Entrevistador:**.....

**Instrucciones**

Lea atentamente la lista que se presenta en las páginas siguientes. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre alguna vez. Piense si a usted le ha pasado en las últimas semanas, incluyendo el día de hoy.

Rodeo con un círculo el cero (0) si no ha tenido esa molestia en absoluto; el uno (1) si la ha tenido un poco presente; el dos (2) si la ha tenido moderadamente; el tres (3) si la ha tenido bastante y el cuatro (4) si la ha tenido mucho o extremadamente.

**HASTA QUE PUNTO SE HA SENTIDO MOLESTO POR EL SÍNTOMA**

0	1	2	3	4	
Nada	en Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho	o
absoluto				extremadamente	

**RODEE CON UN CIRCULO LA ADVERTENCIA ELEGIDA**

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 1 Dolores de cabeza  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 Nerviosismo o agitación interior                                       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 Sensaciones de desmayo o mareo   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 Pérdida de deseo o placer sexual                                       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 Ver a la gente de manera negativa, encontrar siempre faltas            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7 La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9 La dificultad para recordar las cosas                                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 Preocupación acerca del desaseo, el descuido o la desorganización.    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11 Sentirse fácilmente molesto, irritado o enfadado                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 Dolores en el corazón o en el pecho                                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

13 Sentir miedo de los espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4
14 Sentirse bajo de energías o decaído	0	1	2	3	4
15 Pensamientos suicidas o ideas de acabar con su vida	0	1	2	3	4
16 Oír voces que otras personas no oyen	0	1	2	3	4
17 Temblores	0	1	2	3	4
18 La idea de que uno no se puede fiar de la gente	0	1	2	3	4
19 Falta de apetito	0	1	2	3	4
20 Llorar fácilmente	0	1	2	3	4
21 Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto	0	1	2	3	4
22 La sensación de estar atrapado o como encerrado	0	1	2	3	4
23 Tener miedo de repente o sin razón	0	1	2	3	4
24 Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar	0	1	2	3	4
25 Miedo a salir de casa solo/a	0	1	2	3	4
26 Culparse a sí mismo/a de todo lo que pasa	0	1	2	3	4
27 Dolores en la parte baja de la espalda	0	1	2	3	4
28 Sentirse incapaz de hacer las cosas o terminar las tareas	0	1	2	3	4
29 Sentirse solo	0	1	2	3	4
30 Sentirse triste	0	1	2	3	4
31 Preocuparse demasiado por todo	0	1	2	3	4
32 No sentir interés por nada	0	1	2	3	4

- 33 Sentirse temeroso 0 1 2 3 4
- 34 Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad 0 1 2 3 4
- 35 La impresión de que los demás se dan cuenta de lo que está pasando. 0 1 2 3 4
- 36 La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso 0 1 2 3 4
- 37 La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta 0 1 2 3 4
- 38 Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien. 0 1 2 3 4
- 39 Que su corazón palpite o vaya muy deprisa 0 1 2 3 4
- 40 Náuseas o malestar en el estómago 0 1 2 3 4
- 41 Sentirse inferior a los demás 0 1 2 3 4
- 42 Dolores musculares 0 1 2 3 4
- 43 Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted. 0 1 2 3 4
- 44 Dificultad para conciliar el sueño. 0 1 2 3 4
- 45 Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace 0 1 2 3 4
- 46 Dificultad en tomar decisiones 0 1 2 3 4
- 47 Sentir temor de viajar en coche, autobuses, metros o trenes 0 1 2 3 4
- 48 Ahogos o dificultad para respirar. 0 1 2 3 4

- 49 Escalofríos, sentir calor o frío de repente. 0 1 2 3 4
- 50 Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo. 0 1 2 3 4
- 51 Que se le quede la mente en blanco. 0 1 2 3 4
- 52 Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo 0 1 2 3 4
- 53 Sentir un nudo en la garganta 0 1 2 3 4
- 54 Sentirse desesperanzado con respecto al futuro 0 1 2 3 4
- 55 Tener dificultad para concentrarse 0 1 2 3 4
- 56 Sentirse débil en alguna parte del cuerpo 0 1 2 3 4
- 57 Sentirse tenso o con los nervios de punta 0 1 2 3 4
- 58 Pesadez en los brazos o en las piernas 0 1 2 3 4
- 59 Ideas sobre la muerte o el hecho de morir 0 1 2 3 4
- 60 El comer demasiado 0 1 2 3 4
- 61 Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted. 0 1 2 3 4
- 62 Tener pensamientos que no son suyos. 0 1 2 3 4
- 63 Sentir el impulso de pegar, golpear o hacer daño a alguien 0 1 2 3 4
- 64 Despertarse de madrugada 0 1 2 3 4
- 65 Impulsos a tener que hacer las cosas de manera repetida (tocar algo, lavarse...) 0 1 2 3 4

66 Sueño inquieto o perturbado	0	1	2	3	4
67 Tener ganas de romper o estrellar algo	0	1	2	3	4
68 Tener ideas o creencias que los demás no comparten	0	1	2	3	4
69 Sentirse muy cohibido o vergonzoso entre otras personas	0	1	2	3	4
70 Sentirse incómodo entre mucha gente, por ejemplo en el cine, tiendas, etc.	0	1	2	3	4
71 Sentir que todo requiere un gran esfuerzo	0	1	2	3	4
72 Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
73 Sentirse incómodo comiendo o bebiendo en público	0	1	2	3	4
74 Tener discusiones frecuentes	0	1	2	3	4
75 Sentirse nervioso cuando se queda solo	0	1	2	3	4
76 El que otros no le reconozcan adecuadamente sus méritos	0	1	2	3	4
77 Sentirse solo aunque esté con más gente	0	1	2	3	4
78 Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo	0	1	2	3	4
79 La sensación de ser inútil o no valer nada	0	1	2	3	4
80 Presentimientos de que va a pasar algo malo	0	1	2	3	4
81 Gritar o tirar cosas	0	1	2	3	4
82 Tener miedo de desmayarse en público	0	1	2	3	4
83 La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de ud. si se lo permitiera	0	1	2	3	4

- 84 Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante 0 1 2 3 4
- 85 La idea de que debería ser castigado por sus pecados o errores. 0 1 2 3 4
- 86 Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo 0 1 2 3 4
- 87 La idea de que algo serio anda mal en su cuerpo. 0 1 2 3 4
- 88 Sentirse siempre distante, sin sensación de intimidad con nadie 0 1 2 3 4
- 89 Sentimientos de culpabilidad 0 1 2 3 4
- 90 La idea de que algo anda mal en su mente. 0 1 2 3 4

**FIN DE LA PRUEBA, COMPRUEBE QUE HA VALORADO TODAS LAS FRASES**

-----

**Entrevistado:**

**HASTA QUE PUNTO SE HA SENTIDO MOLESTO POR EL SÍNTOMA**

0	1	2	3	4
Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho o extremadamente

### Anexo N°3

**Objetivo:** Obtener información acerca de la Violencia sexual

#### ESCALA DE PSICOPATÍA DE HARE

**Nombre:**.....

**Edad:**.....

**Fecha de Evaluación:**.....

La puntuación para cada afirmación puede ser: 0, 1 o 2. Se asignan:

**2 puntos:** la conducta del sujeto es consistente y se ajusta a la cualidad o intención del asunto.

**1 punto:** el asunto se ajusta en cierta medida, pero no en el grado requerido para puntuar dos.

**0 puntos:** el asunto no se adecua en absoluto al comportamiento. El sujeto no muestra el rasgo o la conducta en cuestión.

- 1) Encanto superficial: se trata de personas con tendencia a ser extremadamente verbales y asertivas, sin miedo a decir las cosas y liberadas de las convenciones sociales como, por ejemplo, respetar los turnos cuando se habla. Hay que considerar que no todos los psicópatas tienen una personalidad seductora, también los hay anodinos, amargados, hoscos y algunos francamente repulsivos. En el extremo están los que incluso llegan a inspirar temor. El grupo de los que utilizan el encanto corresponde más a los explotadores (estafadores, vividores, parásitos sociales), que lo usan como un medio de captación. (Véase el punto 5, manipulación).
- 2) Egocentrismo y sobrevaloración: poseen un sentido desmesurado de sus habilidades y autovalía. Expresan sus opiniones de manera tajante. Son personas arrogantes que se creen superiores a los demás.
- 3) Propensión al aburrimiento: tiene una necesidad de estimulación continua. Necesitan retos novedosos, arriesgados y excitantes. Les gusta los desafíos y realizan actividades peligrosas. Tienen pobre autodisciplina; les cuesta ser constantes en actividades porque se hastían fácilmente. Fracasan cuando intentan mantener sus trabajos por largo tiempo, o tratan de terminar tareas que consideran rutinarias.



- 4) Mentiras patológicas: utilizan la mentira como herramienta, son manipuladoras, deshonestos y sin escrúpulos.
- 5) Manipulación: engañan a los demás para ganancias personales, se distinguen de la característica 4 por el grado en el que se utiliza la explotación y la rudeza, reflejado en falta de interés o preocupación por los sentimientos y el sufrimiento de sus víctimas.
- 6) Falta de arrepentimiento y culpa: ausencia de sentimiento o preocupación por la pérdida, el dolor y el sufrimiento de las víctimas; tendencia a ser poco empáticos y muy fríos.
- 7) Respuestas emocionales superficiales: pobreza emocional o un rango limitado de sentimientos profundos, frialdad interpersonal a pesar de signos de ser gregarios.
- 8) Falta de empatía: sentimientos de indiferencia hacia los demás, frialdad, desconsideración, insensibilidad.
- 9) Actitud predatoria: dependencia económica intencional, manipuladora y egoísta. Esta forma de ser se refleja en una constante falta de motivación, una pobre disciplina y una incapacidad total para iniciar o completar las responsabilidades adquiridas.
- 10) Pobre Autocontrol: expresiones de irritabilidad, impaciencia, amena, agresión y abuso verbal, control inadecuado del enojo y temperamento.
- 11) Conducta sexual promiscua: relaciones superficiales y breves; selección indiscriminada de parejas sexuales; mantener varias relaciones al mismo tiempo; historia de intentar forzar a otros en actividad sexual o presumir sus conquistas o explotaciones sexuales.
- 12) Antecedentes de trastornos de comportamiento; antes de los 13 años conducta con mentir, robar, hacer trampa, cometer actos vandálicos, molestar, tener actividad sexual, abusar de drogas y alcohol, huir de casa.
- 13) Falta de metas realistas a largo plazo. Existencia nómada.
- 14) Estilo de vida impulsiva: Conductas sin reflexión ni planeación. Incapacidades para resistir la tentación, frustración y urgencias, actuar sin considerar las consecuencias, con prisa, conductas erráticas sin cuidado.
- 15) Conducta irresponsable: faltas continuas para cumplir y valorar obligaciones y promesas, no pagar cuentas, hacer trabajos sin cuidado, ausentarse o llegar tarde al trabajo, no cumplir contratos.
- 16) Evasión de la responsabilidad de las acciones propias: se refleja en ausencia de compromiso, manipulación antagónica, negación de responsabilidad, intento de manipular a los otros a través de negaciones.
- 17) Relaciones de corto plazo: falta de compromiso en las relaciones reflejada en vínculos inconsistentes, sin dependencia y no confiables.
- 18) Delincuencia juvenil: problemas de conducta entre los 13 a 18 años: crímenes, hechos que involucran acciones antagónicas, explotación, agresión, manipulación.

- 19) Reputación de libertad condicionada e incumplimiento de su palabra. Revocación de libertad condicionada debido a violaciones técnicas, no se presentan en la corte.
- 20) Actividad criminal variada: diversas ofensas criminales, aunque no haya sido arrestado, orgulloso de “salirse con la suya”.

**Calificación:**

0-20: Normal

21-29: Tendencias Psicopáticas

30 o más: psicopatía