

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA  
NUEVOS TIEMPOS, NUEVAS IDEAS**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**Dr. Luis Claudio Cervantes Liñán**



**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA**

**TESIS**

**“Relación entre los factores psicosociales y características de personalidad en internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho y Santa Mónica”**

**PRESENTADO POR:**

**DORA ROSARIO ATUNCAR SUENG  
DORIS SONIA FLOR PITOT**

**Para optar el Grado de MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

**ASESORA DE TESIS: Dra. Silvia Rojas Regalado**

**Lima – Perú  
2018**

**DEDICATORIA:**

*A nuestras hijas fuente de inspiración, tolerancia, amor y felicidad.*

## **AGRADECIMIENTO**

La culminación de este laborioso, importante y trascendente estudio, sólo tiene como inicio una palabra sencilla y significativa a la vez, y es GRACIAS, gracias de corazón, en primer lugar a Nuestro Divino Hacedor quien nos ha dado la vida, la energía, fortaleza y paciencia en los momentos más arduos del presente trabajo.

Gracias, a la Policía Nacional del Perú, quien desde hace 28 años nos acogió entre sus filas y donde nació la pasión por la especialidad en la criminalística, primordialmente en la Psicología Forense; la experiencia y conocimientos adquiridos fueron el punto de partida para embarcarnos en conocer en profundidad acerca de la conducta delincuencia.

A nuestra asesora la Dra. Silvia Rojas Regalado, gran profesional y mejor amiga, pues con sus comentarios acertados y tranquilidad para continuar con la culminación del proyecto, es que hoy día se concluye nuestro objetivo de ser Maestras.

Un agradecimiento especial a las autoridades de los Establecimientos Penitenciarios Lurigancho y Santa Mónica de Chorrillos, por las facilidades para llevar a cabo la presente investigación, principalmente a un gran amigo y conspicuo Psicólogo Penitenciario Aníbal Alfaro Gutiérrez por su disposición para conseguir el acercamiento con los internos y lograr la aplicación de los instrumentos psicológicos.

A nuestras amigas, psicólogas y Coroneles PNP: Silvia Príncipe Ruiz, Gladys Alayo García e Isabel Huamán del Pino y especialmente al psicólogo y Coronel PNP Jorge Pinzás Tarazona, por su apoyo constante y fructífero en la búsqueda y recolección de información de un tema poco investigado en nuestro país.

Finalmente, y no por ser los menos importantes, a nuestra querida y amada familia, quienes, con su apoyo incondicional, constante y sobre todo por su comprensión al tolerar nuestras largas horas ausentes del hogar, por las jornadas de trabajo como psicólogas forenses y por la investigación en sí, donde dejamos pasar muchas oportunidades de sentir el placer y la felicidad de compartir con ellos, gracias, muchas gracias.

## ÍNDICE

	Pág.
Resumen	
Abstract	
Índice	
Introducción	
<b>Capítulo I: Fundamentos Teóricos de la Investigación</b>	
1.1 Marco Histórico.....	11
1.2 Marco Teórico.....	16
1.2.1 Factores Psicosociales.....	19
1.2.2 Características de la Personalidad.....	27
1.2.3 Trastorno de Personalidad y Delitos de Homicidio.....	29
1.2.4 Delitos Contra la Vida el Cuerpo y la Salud.....	33
1.3 Marco Conceptual.....	36
<b>Capítulo II: El Problema, Objetivos, Hipótesis y Variables</b>	
2.1 Planteamiento del Problema	
2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática.....	38
2.1.2 Antecedentes Teóricos.....	41
2.1.3 Definición del Problema.....	46
2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación	
2.2.1 Finalidad.....	47
2.2.2 Objetivo General y Específicos.....	47
2.2.3 Delimitación del Estudio.....	48
2.2.4 Justificación e Importancia del Estudio.....	49
2.3 Hipótesis y Variables	
2.3.1 Supuestos Teóricos .....	50
2.3.2 Hipótesis Principal y Específicas.....	50
2.3.3 Variables e Indicadores.....	51

<b>Capítulo III: Método, Técnicas e Instrumentos</b>	
3.1 Población y Muestra.....	54
3.2 Diseño Utilizado en el Estudio.....	56
3.3 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	56
3.4 Procesamiento de Datos.....	63
<b>Capítulo IV: Presentación y Análisis de los Resultados</b>	
4.1 Presentación de Resultados.....	65
4.2 Contrastación de Hipótesis.....	75
4.3 Discusión de Resultados.....	101
<b>Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones</b>	
5.1 Conclusiones.....	110
5.1 Recomendaciones.....	112
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
ANEXOS	

## RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo identificar la relación entre factores psicosociales y las características de personalidad en sujetos varones y mujeres sentenciados por homicidio de los Establecimientos Penitenciarios de Lurigancho y Santa Mónica en la ciudad de Lima-Perú. El tipo de investigación fue descriptivo-transversal y el nivel fue correlacional.

El Método de investigación fue descriptivo correlacional, siendo su diseño  $M_1: O_x r O_y$ .

Se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo Intencionado, siendo la muestra final 90 participantes (50 varones y 40 mujeres). Los instrumentos psicológicos utilizados fueron una ficha psicosocial y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II. Para el análisis de los datos se utilizaron pruebas estadísticas no paramétricas como el Coeficiente de Asociación Chi Cuadrado, Coeficiente V de Cramer y Rho de Spearman. Para todos los análisis se utilizó un nivel de significancia de 0,05.

Los resultados obtenidos sugieren que los patrones de personalidad, patología severa y síndromes clínicos del Inventario Clínico Multiaxial de Millon II se relacionan con algunos factores psicosociales en los internos sentenciados por homicidio doloso.

**Palabras claves:** Homicidio, personalidad, factores psicosociales, trastorno de personalidad, violencia.

## ABSTRACT

The present study aims to identify the relationship between psychosocial factors and personality characteristics in male and female subjects sentenced for homicide of Lurigancho and Santa Mónica Penitentiaries in Lima, Peru. The type of research was cross-descriptive and the level was correlational. The research design was descriptive correlational.

A non-probabilistic sample of the intended type was used, with the final sample being 90 participants (50 men and 40 women). The psychological instruments used were a psychosocial record and the The Millon Clinical Multiaxial Inventory II.

For the analysis of the data, non-parametric statistical tests were used, such as the Chi Square association coefficient, Cramer's V coefficient and Spearman's Rho. For all the analyzes a significance level of 0.05 was used.

The results obtained suggest that the personality patterns, severe pathology and clinical syndromes of the Millon Clinical Multiaxial Inventory II are related to some psychosocial factors in inmates sentenced for intentional homicide.

**Keywords:** Homicide, personality, psychosocial factors, personality disorder, violence.

## INTRODUCCIÓN

Conocer las causas de por qué una persona, o varias, agreden y ocasionan daños a otros, ha sido y es, una problemática donde diversos investigadores, sean criminólogos, psiquiatras, psicólogos, etc., han plasmado sus criterios y consideraciones a partir de experiencias previas que estos profesionales han tenido, ya sea en la práctica clínica o investigativa; se trata de llegar a la comprensión de la psicodinámica del delito contra la vida, para contribuir a arrojar luces sobre esta problemática humana, cuyas connotaciones trágicas conmueven las estructuras de nuestra sociedad.

Dado que en nuestro país existe una marcada pobreza de estudios sobre la conducta delictiva o criminal, resulta necesario profundizar en el conocimiento de esta problemática, toda vez que la conducta agresiva no puede verse como consecuencia de determinados factores individuales, sean estos biológicos, psicológicos, sociales, económicos, sino desde una perspectiva integral.

En tal sentido, siendo necesario conocer el contexto psicosocial actual de los homicidas, es decir de internos sentenciados por Delito Contra La Vida El Cuerpo y La Salud, se decidió realizar un estudio en los establecimientos penitenciarios Lurigancho y Santa Mónica, a fin de establecer la relación existente entre factores psicosociales y las características de personalidad; factores sociodemográficos, socioculturales y familiares que van conformando situaciones determinantes en el desarrollo de todo individuo y así estableciendo una personalidad normal o patológica, ésta última que conlleva a un deterioro progresivo de su funcionamiento en todas las áreas con las que se relaciona y que deviene en la dificultad de establecer relaciones interpersonales saludables, baja tolerancia a la frustración e incapacidad para controlar sus emociones, características que inducen a la agresión criminal.

La elaboración del presente trabajo permite cristalizar la necesidad del conocimiento de este tipo de delitos en el ámbito forense; que permitirá la

ejecución de futuras investigaciones que contribuyan a elaborar programas preventivos dirigidos a disminuir la manifestación de la violencia que lleva a la execrable conducta homicida.

## **CAPÍTULO I**

### **FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.1 Marco Histórico**

##### **1.1.1 Factores psicosociales**

El mundo moderno y vertiginoso, caracterizado por los cambios acelerados que se experimenta cotidianamente, ha producido modificaciones en todos los terrenos, y muy particularmente en el mundo del hombre. La vida social y las relaciones interpersonales están seriamente afectadas, no solo por los estragos de la crisis económica, social y política sino también por los avances de la tecnología que ha conllevado a una grave crisis moral que afecta a la sociedad en su conjunto y en todos los niveles.

En los últimos años se han multiplicado los estudios sobre relaciones de dimensiones o factores que inciden en la criminalidad, como indica Boris (2005), la gravedad de la violencia en América Latina se explicaría por distintos factores. Muchos de ellos son la expresión de problemas sociales y políticos tradicionales

de la región, como las fracturas sociales que la caracterizan, además de contar con una elevada tasa de pobreza, América Latina es la región más desigual del mundo; la debilidad de las instituciones, que se traduce en vacíos de autoridad que ocupan distintas organizaciones criminales, en particular la ineficacia y la corrupción que minan a los cuerpos policiales y a la administración de justicia; y el legado de los conflictos armados de las últimas décadas (Salazar, 1992).

Los factores psicosociales intervienen de manera significativa en conductas desadaptadas, como la edad, el nivel de instrucción, cultura, tipo de familia, entre otras situaciones. El hecho de pertenecer a clases sociales desfavorecidas no implica en sí mismo el desarrollo de problemas de conducta; son los factores asociados a esta condición los que determinan el desarrollo de conductas desadaptadas: cambios de domicilio, disputas matrimoniales, abandono familiar, historia de alcoholismo, pocas habilidades sociales, métodos coercitivos, carencias afectivas, etc. Se debe tener en cuenta, además, que estos factores difieren de una familia a otra, no todos aquellos pertenecientes a un estatus social más bajo, se caracterizan por los mismos patrones de conducta, e incluso estas familias podrían beneficiarse de ciertos factores protectores como la fomentación de conductas cooperativas entre los normalmente numerosos miembros de la familia (Dorado y Jane, 2001).

### **1.1.2 EVOLUCIÓN DEL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD**

El estudio de la personalidad se puede remontar alrededor de un siglo antes de Cristo; desde entonces los griegos se interesaron por personificar diferentes papeles en el drama de dicha cultura, las personas utilizaban máscaras que cubrían sus rostros, de esta manera les era posible representar distintos estilos de vida diferentes a los propios, sin dejar de ser ellos mismos. Por lo cual el concepto personalidad se origina del término persona. Años más tarde, Cicerón (citado por Cerdá, 1985) definió el término personalidad, enfocándose desde cuatro diferentes significados:

- a) La forma en cómo un individuo aparece frente a las demás personas;
- b) El papel que una persona desempeña en la vida;

- c) Un conjunto de cualidades que comprenden al individuo; y
- d) Como sinónimo de prestigio y dignidad, mediante el cual se asignaba el término persona de acuerdo con el nivel social al que se perteneciera.

Los cuatro significados que históricamente se han dado al concepto de personalidad están relacionados en gran medida con lo anterior, ya que se relaciona con las características de personalidad que se pueden evidenciar en una persona, debido a que en un comienzo se parte de la observación, es decir, la parte externa o superficial de un individuo (máscara) hasta llegar a tener la capacidad de identificar las características internas del otro. (Montaño, Palacios, Gantiva 2009).

Desde la primera etapa de la evolución humana, las necesidades de adaptación del hombre primitivo y de los animales superiores impulsaron el desarrollo de los instintos básicos –huida, defensa y reproducción–. De acuerdo con estos tres instintos se constituyen los tres tipos de temperamento, y que hoy es posible representar a través de tres dimensiones –ansiedad, hostilidad y extraversión–. Cada una de estas dimensiones o temperamentos están relacionados con el desarrollo de estrategias cognitivas propias (Lluís, 2002 citado en Montaño et al, 2009).

En el transcurso del tiempo han surgido diferentes teorías de la personalidad, la más antigua procede del griego Hipócrates (460 a.C.- 377 a.C.) quien diferenció cuatro condiciones: sanguíneo, colérico, melancólico y flemático, que estaban relacionados con el predominio de uno de los cuatro líquidos o humores en el organismo: sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema. La salud del hombre entonces, dependía de la adecuada temperatura y equilibrio de estos cuatro elementos.

El médico psiquiatra y neurólogo alemán Ernst Kretschmer, entre los años 1920 y 1930, empezó a observar y descubrir las relaciones estables entre ciertos conjuntos de rasgos físicos o constitucionales y varios grupos de características psíquicas y psicopatológicas, enlazando la constitución física de los sujetos con su

temperamento. Clasificando la constitución corporal según cuatro tipos: leptosomáticos, pícnicos, atléticos y displásticos. (Moran, 2013).

William Sheldon, psicólogo y médico estadounidense buscó la conexión entre personalidad y rasgos corporales, realizó sus investigaciones en individuos normales; la concepción de Sheldon es diferente a la de Kretschmer, para él lo determinante es el somatotipo, distingue tres tipos de rasgos del temperamento: viscerotonía, somatología y cerebrotonía.

Otras teorías que se han formulado son las teorías psicoanalíticas iniciadas por Sigmund Freud quien aprendió de sus pacientes la psique humana, en especial del inconsciente de su asociación con Joseph Breuer. La conducta de una persona es el resultado de fuerzas psicológicas que operan dentro del individuo y que por lo general se dan fuera de la conciencia (Morris y Maisto, 2005).

Según Freud, cuando la persona llega a la edad adulta no solo busca la satisfacción de deseos, sino que empieza a entrar en juego el componente moral, lo cual se ha denominado Super yo, este cumple las veces de guardián moral, entonces tiene la función de vigilar al yo para conducirlo hacia las acciones morales socialmente aceptadas (Pervin & John, 1998).

Muchos más conscientes del carácter del sistema propio de la personalidad, son otros autores como Wundt, Stern o Allport. Wundt entiende que la personalidad se cifra en un yo unitario, consciente de sí mismo y libre. Pero es el propio Allport, quien de forma más lograda formula una definición orgánica de la personalidad, como "organización dinámica, interna al individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan su ajuste único a la situación". Warren y Carmichael (1987 citado en Cloninger, 2003) conciben igualmente la personalidad como "la organización mental completa de un ser humano en cualquier etapa de su desarrollo. Incluye cualquier aspecto del carácter humano, intelecto, temperamento, destrezas, moralidad o cualquier actitud que se haya desarrollado en el curso de la vida".

Para Raymond Cattell, la personalidad se encuentra integrada por una serie de atributos previsible denominados rasgos o factores, que hacen que las personas se diferencien unas de otras, fue uno de los pioneros en el uso de los procedimientos del análisis factorial. Estos rasgos suelen permanecer constantes a lo largo de la vida y pueden ser innatos o configurarse en función del ambiente. Ante el desorbitado número de términos ingleses, unos 18,000, que aparecían en los diccionarios de Psicología referidos a la personalidad, llevó a Cattell a señalar que muchos de ellos eran en realidad sinónimos o casi sinónimos, entonces redujo la lista de 4,500 adjetivos aplicables al ser humano, que habían elaborado los psicólogos Allport y Odbert, a 171 rasgos de la personalidad, suprimiendo los sinónimos. Además, demostró que cuando a las personas se las clasifica dentro de esas 170 ó 200 características, varios rasgos tienden a agruparse, de manera que, si a una persona se la califica de tenaz y persistente, puede ser calificada también de responsable, metódica y servicial. De esta forma llegó a establecer 16 grupos de rasgos que definen la personalidad humana.

Millon (1981) entiende el desarrollo de la personalidad normal desde una perspectiva ecológica y evolutiva. Afirma que la diferencia entre personalidad normal y anormal es una cuestión fundamentada en los mismos principios explicativos. Las variantes de personalidad más patológicas (los trastornos) se caracterizan por la experiencia subjetiva de la insatisfacción, la tendencia a experimentar círculos viciosos, un patrón de conducta desadaptativo, inflexibilidad adaptativa y baja autonomía personal.

Algunos trabajos recogidos por Strack (1999), muestran que las personas con estilos de personalidad “ajustados” son más saludables, flexibles y muestran mejor adaptación en su contexto vital que las personas con estilos de personalidad etiquetados como “desajustados”. Millon y Davis (1998), señalan cuatro criterios que permiten definir la normalidad: a) capacidad de funcionar de forma autónoma y competente; b) adaptación de forma eficaz y eficiente al propio entorno social; c) sensación subjetiva de satisfacción y d) capacidad para desarrollar y mejorar las propias potencialidades.

La propuesta que mayor grado de integración alcanza y que mayor difusión tiene en la actualidad es el “modelo evolutivo” de Millon (1990) que, además de incluir aspectos cognitivos, conductuales y biológicos, incluye algunos derivados de perspectivas interpersonales. Esta visión parte del modelo de “aprendizaje biosocial”, en la que Millon ya atribuía posibles efectos en la personalidad a las variables biológicas como lo hacía con las variables psicosociales.

El modelo actual de Millon extrae, de las perspectivas psicodinámica, cognitiva, interpersonal y biológica, diferentes ámbitos de manifestación de la personalidad, que serían: mecanismos de defensa, representaciones objetales, autoimagen, estilo cognitivo, comportamiento interpersonal y estado de ánimo/temperamento (González, Pérez y Redondo, 2007).

Efectivamente, la integración es una de las características básicas del modelo de Millon, pues le interesa conocer la estructura básica de la persona como también su dinámica y cambio; para él ambas cosas son imprescindibles para entender el funcionamiento de la personalidad. De la misma forma que es necesaria la integración entre la perspectiva nomotética (que se centra en descubrir cómo se relacionan entre sí las necesidades, los motivos, los mecanismos, los rasgos, los esquemas, las defensas, etc.) y la perspectiva ideográfica (que centra su atención en las diferencias individuales) enfatizando que la personalidad de un individuo es el resultado de una historia única de transacciones entre los factores biológicos y los contextuales) (Cardenal, Sánchez y Ortiz-Tallo, 2007).

## **1.2 Marco Teórico**

El estudio de la personalidad y del comportamiento en la delincuencia es un tema de actualidad que suscita el interés de psicólogos investigadores y profesionales afines. Así encontramos diversos estudios y modelos, entre ellos el de Megargee (1966) sobre violencia y personalidad, y es posiblemente el que más ha impulsado la investigación en este aspecto. Según este modelo, los actos violentos se pueden producir cuando se exagera la ira y se excede el nivel de control de los sentimientos o impulsos agresivos del individuo.

Megargee (1966) clasifica a los delincuentes violentos en dos categorías: los “sobrecontrolados” y los “subcontrolados”. Los primeros tienen controles rígidos contra la agresión, estos sujetos raramente agreden física o verbalmente ante provocaciones, incluso muy serias; su agresión se va construyendo paulatinamente, van acumulando resentimiento, hasta que explota de cólera por cualquier razón en un hecho de gran violencia. A estas personas, se las puede señalar como delincuentes con agresiones y homicidios más severos (sus víctimas pueden aparecer desmembradas, acuchilladas varias veces o con múltiples disparos); una vez liberada la tensión, el sujeto puede volver a su estado normal de tranquilidad y control. En tanto que la categoría de los subcontrolados debido a su respuesta agresiva habitual, incluso cuando la provocación sea mínima, por el pobre control de impulsos, alta extraversión, hostilidad externa, baja ansiedad tienen mayor probabilidad de ser reconocidos como personalidades antisociales o psicopáticas.

En las últimas décadas se ha debatido si las personas que cometen actos criminales tienen determinadas características o rasgos de personalidad que influyen en su comportamiento o si son las circunstancias ambientales las que determinan la violencia (Bautista y Quiroga, 2005; Garrido, Stangeland y Redondo, 1999; Redondo, 1994, citado por Ortiz- Tallo et al., 2006). La investigación criminológica ha permitido detectar un número importante de variables individuales y ambientales relacionadas con la aparición y el mantenimiento de tendencias criminales, entre ellas podemos mencionar:

Los factores relacionados con el entorno familiar, ocupan un lugar importante en las principales teorías sobre los orígenes de los problemas de conducta en la infancia y la adolescencia; Según Farrington (1995) los individuos que presentan conductas delictivas, tienen mayor probabilidad que otros de poseer progenitores delincuentes (Citado en Herrera y Morales, 2005).

De hecho, los adultos violentos han crecido frecuentemente en hogares patológicos azotados por el maltrato infantil. Esta situación se agrava si existen,

además, trastornos mentales o lesiones cerebrales, según lo testimoniado por Pincus (2001), Rojas Marcos (1995) y Sanmartín (2002).

En definitiva, todo lo que ocurre en el ámbito familiar constituye un elemento fundamental para explicar las diferencias de socialización entre individuos, según lo expresado por Lykken (2000).

Diversos estudios han encontrado una relación inversa entre conducta criminal y los ingresos familiares o el nivel educativo de los padres. Ésta puede ser el resultado de la influencia de numerosos factores. Por ejemplo, los hijos de familias con bajos ingresos tienen una mayor probabilidad de vivir en barrios con una alta prevalencia de delincuencia y de ir a escuelas con un mayor número de compañeros antisociales. Por ello, las características del barrio pueden influir en la probabilidad de que se den relaciones con grupos marginales.

Cuando la pobreza es extrema, el riesgo de que se produzca violencia urbana es elevado, como lo testimonió Stouthamer-Loeber et al., (1993). Sin embargo, en un estudio realizado por Sampson, Raudensbush y Earls (1997), se demostró que el grado de cohesión social y de control informal entre los vecinos es un factor determinante para la prevención de la violencia incluso en los barrios más pobres.

Las características de personalidad que predisponen a la conducta violenta fácilmente interactúan con las influencias del grupo. Lo que explicaría la asociación entre la ausencia de supervisión parental y conducta delictiva en jóvenes, al permanecer más tiempo bajo la influencia de compañeros con conducta antisocial, como lo afirmaron Patterson, Reid, y Dishion (1992).

Por otro lado, los individuos con una muy baja predisposición a la conducta antisocial, difícilmente llegan a cometerlos, a pesar de estar sometidos a la presión de sus compañeros, como lo testimonió Torrubia (2004).

### **1.2.1 Factores psicosociales**

Los factores psicosociales son las situaciones, condiciones o características del entorno social sobre las cuales se desenvuelve una persona, lo que le condiciona la formación, estructuración o generación de determinadas características psicológicas que inciden en la manifestación de su conducta o comportamiento cotidiano. Para nuestro estudio consideramos los siguientes factores:

#### **1. Sociodemográfico**

Los aspectos sociodemográficos constituyen determinantes importantes de la incidencia y evolución de las conductas o comportamientos de las personas; es así que, en los países en desarrollo como el nuestro, donde existe un alto nivel de criminalidad, se debe a la presencia de una serie de factores de riesgo o condicionantes propios de la sociedad para la ocurrencia de un delito, como es en el caso del delito de homicidio.

Los aspectos sociodemográficos, a los que hacemos referencia, lo constituyen el género, la edad y condición civil (soltero, casado, conviviente, separado etc.).

Al respecto en el Estudio Mundial sobre el Homicidio realizado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2011), se da a conocer que la mayoría de los perpetradores de delito de homicidio son hombres. Que en la mayor parte de los países los hombres representan más del 80% de los homicidas y existe un vínculo claro entre la distribución por sexo de los homicidas y la tasa general de homicidio. Habitualmente, cuanto más alta es la tasa de homicidio, mayor es la proporción de hombres entre los sospechosos de ese delito. En cambio, cuanto más baja es dicha tasa, mayor es la proporción de mujeres sospechosas de homicidio, a pesar de lo cual las mujeres nunca llegan a ser mayoría entre los homicidas. Este patrón por sexo muestra claramente que la proporción de hombres homicidas entre todos los sospechosos de homicidio es una buena variable predictiva del tipo de homicidio predominante en un país o región. Así, los hombres constituyen más del 90% de todos los homicidas en América, una región con tasas de homicidio señaladamente altas debido a la

violencia mortífera relacionada con las bandas y los grupos delictivos organizados. Sin embargo, comparativamente, representan una proporción menor de homicidas en países de Asia y Europa en los que una mayor proporción del número total (relativamente bajo) de homicidios se cometen en el contexto de la violencia en la pareja y la familia.

De otro lado es importante mencionar las conclusiones más significativas planteadas en el Estudio Mundial sobre el Homicidio, realizado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2013):

- Cerca del 95% de los homicidas a nivel global son hombres, un porcentaje más o menos constante de país a país y entre regiones, independientemente de la tipología de homicidio o el arma empleada.
- A nivel global, la tasa de homicidios de hombres es casi cuatro veces mayor que la de mujeres (9.9 contra 2.7 por cada 100,000), siendo la más alta la de América (30 por cada 100,000 hombres), que es casi siete veces mayor que las de Asia, Europa y Oceanía (todas por debajo de 4.5 por cada 100,000 hombres).
- Los grupos de edad de 15 a 29 años y de 30 a 44 años concentran la gran mayoría de los homicidios a nivel global; casi la mitad de todas las víctimas tienen entre 15 y 29 años de edad, y poco menos de un tercio se cuentan entre los 30 y 44 años.
- El grupo de 30 a 44 años está, sin embargo, en mayor riesgo en algunos países de América Central, el Caribe y todas las subregiones de Europa.
- Se puede apreciar que hay una tendencia regional y de género hacia las víctimas masculinas en homicidios vinculados a la delincuencia organizada y las pandillas, pero el homicidio interpersonal cometido por un compañero íntimo o un familiar está distribuido mucho más equitativamente de región a región y es notable que, en promedio, se encuentre estable a nivel global.

## **2. Sociocultural**

El ser humano desde que nace está inserto en un entorno sociocultural, es evidente que las características de éste serán determinantes para la manifestación del comportamiento o conducta de dicha persona; toda vez que en cada uno de esos ámbitos ocurren de manera típica normas sociales, patrones

comportamentales, usos y costumbres, sean estos positivos o negativos, adecuados o inadecuados, que le son característicos y lo distinguen de otros ambientes socioculturales; y como tal, definen los comportamientos de las personas que lo conforman, dado que se desarrollan dentro de él y reciben su influencia a la cual tienen que adaptar su comportamiento.

Existen en el mundo numerosos estudios en los que se ha tratado de asociar en forma inversa el riesgo de muerte por homicidio y el nivel educativo (OPS, 2005). El pobre nivel educativo es una de las más importantes variables explicativas de desventaja económica, y que está asociada fuertemente con la baja remuneración. La baja tasa de escolaridad también se ha relacionado con el aumento de las condiciones de inseguridad de los grupos humanos en situaciones más vulnerables (Rocha y Martínez, 2003).

Algunos estudios en el ámbito nacional relacionan el homicidio con la situación laboral y los ingresos demuestran que los principales grupos de perpetradores y víctimas suelen estar compuestos por hombres marginados y desempleados. En diferentes contextos de todo el mundo la pertenencia a determinadas minorías raciales o étnicas está muy frecuentemente asociada con riesgos, superiores a la media, de convertirse en perpetrador o en víctima de un homicidio o, en muchos casos, en ambos. Un análisis más a fondo revela que los motivos subyacentes de esos patrones aparentemente étnicos o raciales se pueden encontrar en su correlación con los bajos niveles de ingresos, la pobreza y la baja condición socioeconómica. Del mismo modo, los datos de perpetradores con antecedentes de violencia o previamente condenados (reincidentes) también pueden suministrar información sobre los patrones de comportamiento delictivo y los grupos de alto riesgo (UNODC, 2011).

El abuso y adicción a las drogas, en donde podemos definir a la adicción como una enfermedad crónica y recurrente que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas; se considera una enfermedad que afecta al cerebro porque las sustancias psicoactivas modifican este órgano: en su estructura y funcionamiento. Estos cambios en el cerebro pueden ser de larga

duración, y logran conducir a comportamientos peligrosos que se observan en las personas que abusan del consumo de drogas (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2012).

El consumo de alcohol produce cambios metabólicos importantes en el organismo, especialmente en algunos neurotransmisores que intervienen en la violencia. Los datos provenientes de diversos estudios señalan que los homicidios, las conductas violentas, la violencia doméstica, el abuso o el maltrato de niños y la negligencia, ocurren en ocasiones en que se ha bebido mucho (Guerrero, 2003)

Es así que, la UNODC (2013), refiere que son diversos los factores que intervienen en el proceso que lleva a la comisión de un homicidio: “Desde la disponibilidad de un arma hasta el uso de sustancias psicoactivas, que podrían actuar como “facilitadores” del homicidio. Las armas desempeñan un papel significativo en los homicidios, aun cuando no todos las involucran. Además de las armas, el consumo de alcohol o de drogas ilícitas aumenta el riesgo de ser víctima de la violencia o convertirse en victimario. En Suecia y Finlandia, por ejemplo, se han realizado estudios que revelan que más de la mitad de los homicidas habían ingerido alcohol cuando cometieron el crimen. En Australia, recientemente se dio a conocer que casi la mitad de los homicidios estuvieron precedidos de consumo de alcohol por parte de la víctima o el victimario, o ambos. Las drogas ilícitas pueden incidir en los niveles de homicidio de diferentes formas, pero los efectos psicofarmacológicos de algunas de ellas, como la cocaína y los estimulantes de tipo anfetamínico, están más vinculados a la violencia que otros y pueden tener un impacto en los homicidios similar al causado por el alcohol, como indican los datos de diversos países”.

En este orden de hechos, aunque las armas pueden desencadenar arrebatos agresivos en aquellos que ya están enojados, durante mucho tiempo se ha supuesto que el consumo de alcohol ocasiona que la gente se enoje y se torne hostil con mayor facilidad. Investigaciones correlacionales y experimentales apoyan esta hipótesis. Numerosos estudios realizados en varios países han

encontrado una fuerte correlación entre la intoxicación alcohólica y una gran cantidad de diferentes tipos de agresión, incluyendo el abuso doméstico, ataques, violaciones y homicidios (Busch y Rosenberg, 2004; Leonard y Quigley, 1999).

### 3. Familia

Dentro de los factores psicosociales, la familia es considerada como un factor importante para la formación, estructuración y desarrollo de la personalidad, y en función a este hecho, el ser humano manifestará su conducta cotidiana tanto en el ámbito personal como social, la misma que puede ser constructiva (formar familia y ser un ente productivo) o destructiva (conductas inadecuadas que pueden llegar al homicidio).

En este entorno, se designa como familia al grupo de personas que poseen un grado de parentesco y conviven como tal. La palabra familia es de origen latín "*famulus*" que significa "*serviente o esclavo*", en virtud, de que antiguamente la expresión familia incluía los parientes y sirvientes de la casa del amo.

Según la Sociología, el término familia, se refiere a la unidad social constituida por el padre, la madre y los hijos. Por otra parte, en el Derecho, la familia es un grupo de personas que está relacionado por el grado de parentesco. En el ordenamiento jurídico se estipula los tres tipos de parentescos:

- Consanguinidad (personas que descienden del mismo progenitor).
- Afinidad (entre el cónyuge y los consanguíneos de su cónyuge).
- Civil (adopción).

En la familia debe prevalecer la armonía, confianza, seguridad, respeto, afectos, protección y el apoyo necesario ante la resolución de problemas. En el caso de existir hijos, es la responsabilidad de la familia de promover la educación y el comportamiento ante el medio social. Asimismo, de educarlos bajo los valores morales y sociales, esenciales para el proceso de socialización del niño.

## **Estructura familiar**

Hoy en día existe gran controversia sobre la estructura familiar tradicional, y los cambios que se vienen presentando en la actualidad, que se pueden atribuir a que las relaciones son más sentimentales, democráticas e inestables (Rodríguez, 2004, citado en Meil, 1998) con una mayor autonomía y poder de negociación, que conllevan a presentar tipos de estructuras familiares, que se construyen según Pastor (1998, mencionado en Millan y Serrano, 2002) por la cantidad de miembros que componen el sistema familiar:

- a. Familia Nuclear: entendida por la institución formada por la madre, el padre y los hijos, es la típica familia clásica.
- b. Familia Extendida: también denominada "familia amplia o familia compuesta" o formada por parientes cuyas relaciones no son únicamente entre padres e hijos. Una familia extendida puede incluir abuelos, tíos, primos y otros consanguíneos o afines.
- c. Familia Monoparental Extendida: conformada por uno de los padres que viven bajo el mismo techo con los abuelos y otros familiares.
- d. Familia Monoparental: formada por uno solo de los padres (la mayoría de las veces la madre) y sus hijos. Puede tener diversos orígenes: divorcio, separación, viudez, y madre soltera. La mayoría de estas familias están compuestas por madres e hijos, donde se presentan graves problemas económicos a un excesivo apego de las madres con sus hijos, por el soporte emocional que reciben.
- e. Familia Reconstituida: está formada por agregados de dos o más familias (ejemplo: madre sola con hijos se junta con padre viudo con hijos). En este tipo también se incluyen aquellas familias conformadas solamente por hermanos, o por amigos, donde el sentido de la palabra "familia" no tiene que ver con parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos, convivencia y solidaridad, quienes viven juntos en el mismo espacio.
- f. Otros: Hijos adoptados.

Cabe indicar, que en el seno de cada familia se desarrollan una serie de condiciones, relaciones de interacción interpersonal y grupal, normas disciplinarias, afectos y sentimientos, preferencias, recompensas y castigos, entre

otras interacciones; todos estos hechos caracterizan una familia y en función a estas características se desarrolla la personalidad de cada uno de sus integrantes, lo que se traduce en conductas y comportamientos, como puede ser el caso de conductas agresivas, comportamientos delictivos que pueden llegar hasta el homicidio.

De otro lado, según Bergeret (1990) (citado en Femenia y Muñoz, 2003) “la violencia es instintiva, innata, destinada a ser progresivamente integrada en otras finalidades humanas durante la infancia y la adolescencia para, de adulto, acceder a un eficiente y libre ejercicio de las capacidades amorosas y creativas”.

Los etólogos dicen que el ser humano es asesino por naturaleza, pero que el entendimiento y la razón le hacen reprimir esos impulsos y que el género humano tiene la facultad de amar a los demás mediante el amor a la madre por lo que, la identificación con un grupo, antes de pasar por esa fase sería difícil, si no imposible para el niño. La facultad de crear un vínculo personal se organiza al mismo tiempo que los cuidados parentales y esto se reproduce, hasta cierto punto, en el período adolescente. Esto ocurre en la dinámica familiar.

La familia, entonces, puede ser un espacio de relación seguro, pero también puede generar sufrimiento y malestar, que combinado con otros factores deviene en psicopatología, como se da en casos de maltrato y abuso de los infantes, en donde la familia ocupa un lugar muy peligroso y nocivo. El sufrimiento mental excesivo que muestran algunas personas sean menores o adultos narradas a través de sus historias relacionales, reflejan que no en pocas ocasiones, los adultos llegan a ser tóxicos para los niños como lo dice Sándor Ferency (1908, citado en Talarn, Sániz, Rigat, 2013):

Los hijos de padres anormales están expuestos desde su infancia a influencias psicológicas anormales por parte de su entorno y reciben más educación falseada; son estas mismas influencias las que eventualmente determinarán más adelante la neurosis y la impotencia; sin ellas, el niño “tarado” hubiera podido ser un hombre normal.

Si bien, las investigaciones en neurociencias promueven grandes avances respecto a la relación entre el cerebro y la conducta, sin embargo, se considera que es vital la importancia de las relaciones humanas en la primera infancia como factores determinantes en el curso de la vida, especialmente de su entorno nuclear, como es la familia. Y conocedores de que la mayoría de madres y padres aman a sus hijos y desean lo mejor para ellos, sin embargo, se debe considerar que existen fuerzas y mecanismos inconscientes (frustraciones) que, en ciertos casos, los padres trasladan a sus hijos perturbando su desarrollo e implantando fragilidades personales que a futuro se convierten en conductas desadaptadas, configurando así los trastornos de personalidad.

Los padres para lograr modelar adecuadamente la personalidad global del niño deben satisfacer necesidades básicas como: las fisiológicas, afectivas, cognitivas y sociales. En lo que respecta a las necesidades biológicas, los primeros afectos, tras la vivencia de amenazas llegan al bebé en forma de cuidados físicos, de tal forma que si el adulto provee estas urgencias de modo rígido, mecánico, impersonal, con rechazo o fastidio surgirán problemas en las emociones, la conducta y la fisiología del bebé o del niño (Spitz 1945, citado en Torras, 2010); las necesidades afectivas se van a manifestar a través de tres sentimientos 1) el de formar parte de una vinculaciones estables, 2) el de aceptación y 3) el de ser importante para el otro, que dependerán especialmente de la estabilidad familiar, al permitir que los vínculos estables generen refugios seguros y acogedores en el niño; se de una aceptación incondicional que fortalecerá su autoestima y por consiguiente se sentirá importante dentro de su entorno social.

Lo más relevante con respecto a la familia, quizás no es la composición familiar, sino que la familia de origen acoja y trate bien al nuevo ser que se cría en su seno (Arranz, Oliva, Olabarrieta, Antolín, 2010). Lo cual se relaciona con los modelos de interacción familiar, es decir los “Estilos Parentales”, que presentan Maccaoby y Martin (1983, citado en Talarn et al., 2013), explicita con claridad que los niños criados en un ambiente “autoritario” (agresivo) presentan mayores conductas

problemáticas pues los padres son poco afectuosos, muy exigentes y coercitivos; las reglas se imponen de modo dictatorial.

Lo contrario sucede en el seno de la familia “permissiva” (sobreprotectora), donde las nociones de control y exigencia son escasas, no hay restricciones, ausencia de la autoridad, mostrando los hijos una conducta desorganizada o tiránica, van creciendo sintiéndose poderosos y suficientes. En una familia de estilo “negligente” (indiferente) no se dan ni el afecto esencial ni las normas imprescindibles para una adecuada organización de la convivencia; corresponde a las familias caóticas (Linares, 2006).

En este sentido, los trastornos de conducta, del pensamiento y de las emociones, que presentan los niños en su desarrollo dependen de la continua y sistemática exposición a relaciones con adultos y con padres que minan su confianza básica y sus capacidades (Cirillo, 2012). Las patologías que con mayor frecuencia se presentan están relacionadas con conductas violentas y/o agresivas. Sintomatología que bordean el terreno de lo asocial cuando no, directamente de lo delictivo. Es una sintomatología que se centra en dificultades en las relaciones interpersonales, a veces, poco clara, confusa, indefinida, caracterial en cualquier caso, de corte regresivo y narcisista. Se habla de “personalidades psicopáticas” y de modo mucho más amplio de “trastornos del comportamiento”.

### **1.2.2 Características de personalidad**

La personalidad es fenómeno muy amplio: supone todo el conjunto de características del pensamiento, de la esfera afectiva y del repertorio de conductas del individuo que contribuyen a conformarlo como un ser único. Es decir, la personalidad es el resultado final del psiquismo del individuo; si se entiende que el cerebro del individuo es el encargado (integrado en el cuerpo) de procesar la información e interpretarla, así como de responder ante el medio, el modo en que un sujeto se manifiesta es su personalidad. Debido a que la persona tiene predisposición para responder de modo parecido ante muchas de las situaciones en las que se halla, se puede caracterizar por una serie de dimensiones en las que se mide la personalidad. Por ejemplo, indicar que la

impulsividad versus la reflexividad, o la búsqueda de sensaciones frente a la adaptación a situaciones ya conocidas, son dimensiones de la personalidad, según Garrido y Álvaro (2007).

La personalidad, además de ser reactiva, es decir, diferenciarse de las distintas formas de responder a los estímulos, es proactiva, es decir se caracteriza por la capacidad de organizar la conducta sin atender a estímulos físicamente presentes y tener en cuenta objetivos y planes del individuo; de tal forma que todas las personas se diferencian en los componentes de reactividad y proactividad. Incluso la tasa de ambos es un factor que cambia a lo largo del ciclo vital de la persona, así, por ejemplo, en las primeras etapas de desarrollo del niño este es más reactivo que proactivo. El diferente equilibrio entre un elemento y otro es una de las características básicas de la personalidad, siendo el aspecto proactivo lo que lleva a definirla por su capacidad de inadaptación, que es el punto del comienzo de su perpetua tensión cultural. (Moreno, 2004, mencionado en Garrido et al., 2007).

Todos los trastornos de personalidad enumerados en el Eje II del DSM III, según Millon, se enmarcan, a partir de un conjunto de tres polaridades. Estas se basan en principios evolutivos básicos y en estrategias de supervivencia con el fin de proporcionar las hipótesis explicativas sobre las formas normales y clínicas de la personalidad. La primera de estas polaridades se basa en los “objetivos de la existencia”, es decir, se parte de la base de que existen dos tendencias opuestas en equilibrio: búsqueda del placer o evitación del dolor. La segunda se refiere a las “estrategias de replicación”, que implica dos elecciones en la búsqueda de refuerzo, o bien el refuerzo se basa en el yo o en los otros. La tercera polaridad se relaciona con los “modos de supervivencia primarios”, es decir, todos de afrontamiento pasivos o activos.

Millon propone que a partir del conocimiento de los defectos o desequilibrios en estas tres polaridades es posible derivar de forma deductiva los trastornos de personalidad incluidos en una taxonomía creada por el mismo autor (Millon, Ederly y Davis, 1995).

Moffitt (1993) explícitamente afirma que existen una serie de características neuropsicológicas o “temperamentales” (impulsividad, hiperactividad) que desencadenan procesos criminogénicos (tensión familiar, desadaptación escolar, entre otros). Gottfredson, y Hirschi (1990) consideran imprescindible diferenciar entre acciones delictivas (el delito como acción) e individuos con tendencias delictivas (o criminalidad como tendencia). En una sociedad, las tasas de delincuencia pueden variar debido a las oscilaciones de las oportunidades delictivas, pese a que el número de individuos con predisposiciones delictivas no varíe. Se asume, como punto de partida, que las restricciones que impiden que los individuos delinca tienen tanto un carácter social como individual. Es decir, las personas son diferentes entre sí en su vulnerabilidad a las tentaciones delictivas. La impulsividad es otra de las características personales más populares en la psicología de la conducta criminal, a pesar de las dificultades que entraña su conceptualización y su medida (Carrillo, 1993; Romero, Luengo, Carrillo, y Otero, 1994, citado en Alcázar y Bouso, 2008).

Diversas teorías han propuesto que las dificultades para reflexionar antes de actuar y/o para considerar las consecuencias futuras de la conducta ponen al individuo en riesgo de implicación delictiva (Gottfredson et al., 1990).

Las investigaciones han mostrado que, efectivamente, los delincuentes puntúan alto en impulsividad, al menos cuando ésta se evalúa a través de auto informes. Éste es otro de los resultados más replicados en el área de la relación entre personalidad y delincuencia; la impulsividad auto informada no sólo correlaciona transversalmente con la delincuencia, sino que se ha mostrado como un predictor prospectivo de la progresión en conducta antisocial (Luengo et al., 1994, citado en Alcázar y Bousor, 2008).

### **1.2.3 Trastorno de Personalidad y delitos de homicidio**

El homicidio es uno de los indicadores de violencia más importantes (Franco, 2003). A lo largo de los años, se ha intensificado el debate acerca de si las

personas que cometen delitos tienen determinadas características de personalidad que nos puedan llevar a predecir e incluso a evitar la comisión de los mismos, por ello los estudios en este campo se han ido incrementando. El problema es que, hasta la fecha, lo único que podemos afirmar es que existe una gran dificultad para establecer predicciones de conducta delictiva basada en rasgos o características individuales de personalidad.

Antes de empezar a explicar sobre que se podría predecir y qué no, es importante especificar los conceptos acerca de la personalidad, trastornos de personalidad y conductas delictivas.

En primer lugar cuando se habla de personalidad, es referirse a un patrón de pensamientos, sentimientos y conductas que son únicas y singulares en un sujeto, es decir, a aquellas características que persisten a lo largo del tiempo y a través de las situaciones que los hacen distinguirse de los demás y que llevan a relacionarse con el entorno. No se trata de algo individual, sino de un todo integrado con componentes biológicos y sociales, innatos y aprendidos (Phares, 1988; López, Lafuente y García, 2007, mencionado en Alcázar y Bouso, 2008).

El problema surge cuando este patrón de funcionamiento se torna fijo, inflexible, persistente y desadaptativo, provoca en la persona malestar clínicamente significativo, y/o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, en este caso se habla de un trastorno de la personalidad.

De acuerdo con el DSM-IV-TR, los trastornos de personalidad son patrones de percepción, de relación y de pensamientos estables acerca del medio y de uno mismo, que se manifiestan en una amplia gama de importantes contextos sociales y personales y que son inflexibles y desadaptativos y ocasionan ya sea un deterioro funcional significativo o una angustia subjetiva. (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV, 1994, citado en Barlow y Durand, 2001).

Siguiendo a Barlow y Durand (2001) estos patrones son estables y crónicos, no vienen y van, sino que se originan en la infancia, suelen comenzar a despuntar en la adolescencia o principio de la edad adulta, -momento en el que se considera que la personalidad ya está plenamente formada-, y tienen continuidad en la edad adulta, pudiendo en algunos de los casos empeorar o estabilizarse con los años. Además, este patrón se manifiesta en dos o más de las áreas siguientes: cognición, afectividad, actividad interpersonal y control de los impulsos.

Es importante resaltar que los trastornos de la personalidad no fueron incluidos en un eje aparte del DSM hasta 1980, año en el que la tercera edición del “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales” (DSM-III) incluyó el eje independiente (el eje II) que hacía referencia específica a los trastornos de la personalidad. El motivo por el que estos no forman parte del resto de trastornos recogidos en este manual es porque los rasgos característicos son más arraigados e inflexibles en estas personas, y la probabilidad que tienen de que los trastornos se modifiquen con éxito es menor (Barlow y Durand, 2001).

En cuanto a las estadísticas de los trastornos, Barlow y Durand en el año 2001, estimaron que se encontraba entre el 0.5 y el 2.5% de la población general. Los más infrecuentes eran el Esquizoide, Narcisista y por Evitación (representando al 1% de la población general), y los más comunes dentro de la población general eran el Paranoide, Esquizotípico, Histriónico, Dependiente y Obsesivo-Compulsivo, estimándose que la tasa se encontraba entre el 1 y el 4% de la población general.

En cuanto a la población reclusa, en ese mismo estudio se estimaba que estaría en torno al 15-20% de este colectivo, predominando el tipo de Personalidad Antisocial, seguido del Límite y del Paranoide, aunque dependiendo del estudio, se hablaba también del Narcisista. Además, indicaban que los sujetos encarcelados que padecen estos desórdenes solían acumular sanciones disciplinarias, lo cual es un factor de distorsión del clima social, no se les solía diagnosticar y su evolución era desfavorablemente en prisión.

Por último, a la hora de hablar de conducta delictiva distinguimos entre delitos violentos, en la que se incluyen asesinatos, homicidios, detenciones ilegales, agresiones sexuales, robo con violencia, lesiones y coacciones; y delitos no violentos en las que se incluyen delitos contra la salud pública (tráfico de drogas), hurto, robo, amenazas, falsedad y estafa.

Con relación a los trastornos relacionados a la conducta delictiva, es importante señalar algunas ideas previas. En primer lugar, aunque el DSM-IV-TR apunta a que tener un trastorno de la personalidad puede angustiar a la persona que lo padece, es importante matizar que no todas las personas afectadas sienten angustia por ello, sino que son los demás que perciben el desorden que hay en ellas y los consideran como conductas. Muchas de las personas afectadas por un trastorno se sienten a gusto con su condición, no es un impedimento en su vida diaria y no buscan ayuda porque consideran que no la necesitan. Aunque, dependiendo del trastorno que se padezca, su vida diaria no será difícil; no es lo mismo tener un Trastorno Esquizoide y no tener una vida social activa porque no desea, que sufrir un Trastorno Límite, donde, por ejemplo, la tasa de comportamientos que requieren atención médica es mucho más alta.

En segundo lugar, es importante tener en cuenta que un diagnóstico de trastorno de la personalidad no acarrea necesariamente algo patológico, ni se tiene que hablar de personas inadaptadas socialmente o problemáticas. Las dimensiones que van desde la conducta normal a la patológica son continuas, no son excluyentes.

En lo que respecta al diagnóstico del Trastorno de la Personalidad siguiendo los criterios establecidos por el DSM-IV-TR, hay que señalar que las actuales categorías diagnósticas presentan ítems que se solapan entre sí, por lo que es frecuente encontrar dos, tres y hasta cuatro diagnósticos de trastornos de personalidad en el mismo sujeto, además la comorbilidad con los trastornos del eje I también es bastante elevada. Otro matiz a tener en cuenta es que las personas que padecen trastornos de personalidad tienen determinadas conductas y actitudes que pueden provocar respuestas similares en los demás.

Dependiendo de esa respuesta el trastorno puede mejorar, estabilizarse o intensificarse. Este punto es importante de cara a las conductas delictivas, sobre todo en aquellas que provocan las respuestas más violentas.

El fenómeno de la conducta delictiva es extremadamente variado, tanto por su naturaleza como por el grado de malestar social que provoca. No todos los delitos revisten la misma gravedad o afectan de la misma manera a las víctimas. Esta heterogeneidad es también aplicable a los delitos de tipo violento, que representan aproximadamente el 50% del total y bajo cuyo epígrafe pueden incluirse el homicidio y el asesinato, el parricidio, las lesiones, la detención ilegal y el secuestro, la agresión sexual, el abuso sexual, el robo con violencia o intimidación, el atentado contra la autoridad y una parte de los delitos de tráfico de drogas (Redondo, 1998). Algo parecido ocurre cuando nos referimos al conjunto de individuos que presentan dichos comportamientos: los delincuentes. Poco puede decirse acerca de las características comunes a todos ellos y difícilmente pueden considerarse un grupo homogéneo. La frecuencia y la gravedad de sus conductas antinormativas y las circunstancias en que éstas se producen son muy distintas. Sin embargo, todo parece indicar que algunos delincuentes poseen mayor predisposición que otros para presentar pautas de comportamiento violento de manera crónica y que es posible hablar de consistencia en su conducta agresiva (Blackburn, 1993).

#### **1.2.4 Delitos Contra la Vida el Cuerpo y la Salud**

Los Delitos Contra la Vida el Cuerpo y la Salud, son aquellos actos cometidos por un ser humano contra su semejante en perjuicio de su vida, su integridad física y/o salud. La vida humana es el bien jurídico supremo que protege el Estado y la Ley protege a la persona humana como tal y en consecuencia su vida en forma amplia, desde la concepción hasta la muerte.

Los delitos contra la vida (homicidio y aborto) y contra la salud (lesiones) son reprimidos con preceptos que tienen en cuenta la tentativa, el daño consumado y

las acciones con riesgo para la vida y la salud (duelo, riña y abandono de personas en peligro).

De acuerdo al Código Penal Peruano (Bramont y García 2013) el Delito Contra la Vida el Cuerpo y la Salud - homicidio se clasifica en:

Homicidio simple, se considera cuando de manera intencional se mata a otra persona. Esta es una figura limpia y excluyente a la cual no se adhieren las circunstancias calificativas. La pena privativa de libertad no debe ser menor de seis ni mayor de veinte años.

Parricidio, quien a sabiendas matase a su ascendiente, descendiente o cónyuge. Se aplica una pena privativa de libertad no menor quince años.

Homicidio Calificado Asesinato, se consideran las muertes por “ferocidad, codicia, lucro o por placer, para facilitar u ocultar otros delitos, con gran crueldad o alevosía, por fuego, explosión o cualquier otro medio capaz de poner en peligro la vida o salud de otras personas” (CPP, 2016). En este caso la pena privativa de libertad impuesta es no menor de quince años.

Feminicidio, se refiere al que mata a una mujer por su condición de género, sea como consecuencia de algún tipo de violencia familiar, hostigamiento, violencia sexual, abuso de poder, discriminación, etc. La pena de reclusión es cadena perpetua.

Sicariato, el que mata a otro por orden, encargo o acuerdo, con el propósito de obtener para sí o para otro un beneficio económico. La privación de la libertad será no menor veinticinco años.

Homicidio por emoción violenta, es un tipo de homicidio con atenuantes, donde el autor bajo un estado de emoción violenta y que las circunstancias hicieran excusables mata a otro. El autor puede recibir una pena privativa de libertad no menor de tres ni mayor de cinco años. Emoción es un estado afectivo de gran intensidad, pero de corta duración que suele estar acompañada de alteraciones

orgánicas, es una forma de sentimientos que alteran la personalidad y se produce súbitamente.

Infanticidio, muerte que se causa a un naciente o recién nacido por parte de la madre, durante el parto o estando bajo la influencia del estado puerperal, el infanticidio es un delito de homicidio atenuado, siendo la autora solamente la madre, pero bajo ciertas circunstancias; la pena restrictiva de libertad es no menor de uno ni mayor de cuatro años.

Homicidio Culposo, cuando se ocasiona la muerte por culpa del autor (accidente). La pena privativa de libertad no es mayor a dos años o aplicar para realizar servicios comunitarios.

Dentro del Marco del Código Penal se hace diferencia entre el homicidio culposo, el que se realiza sin dolo, es decir no hay intención de cometer el hecho, como por ejemplo un homicidio producto de un accidente; y el homicidio doloso cuyo requisito principal es el conocimiento del hecho y la voluntad de llevar a cabo el ilícito penal, es decir que el sujeto se encontraba motivado, decidido (voluntad) para ejecutar el acto criminal.

Un concepto importante es la Inimputabilidad, que siendo un término jurídico, sin embargo, comprende un conjunto de facultades psíquicas mínimas que debe reunir el autor de un delito con la finalidad de ser declarado no responsable del delito (Bernat-Noel Tiffon, 2008; mencionado por Celedon, 2011); según el CPP, en su Art.20 hace referencia a: *“Está exento de responsabilidad penal: El que por anomalía psíquica, grave alteración de la conciencia o por sufrir alteraciones en la percepción, que afectan gravemente su concepto de la realidad, no posea la facultad de comprender el carácter delictuoso de su acto para determinarse conforme a su comprensión”*, lo que conlleva a que se declare exento de responsabilidad a la persona que ha cometido un hecho delictivo; en este proceso, es el médico psiquiatra o psicólogo forense quien a través de métodos y procedimientos especializados formulan dictámenes que contribuyen a dilucidar el estado mental de los autores de hechos criminales (Art. 173, inc. 2 Nuevo Código Procesal Penal). Aquellas personas que son declaradas inimputables o no responsables del ilícito cometido cumplen sus

sanciones o medidas de seguridad en centros psiquiátricos, por lo que ningún enajenado o persona que padezca algún tipo de trastorno mental se encontraría purgando sentencia en establecimientos penitenciarios.

### 1.3 Marco Conceptual

- **Características de personalidad:** Conductas que identifican a una persona y establecen su diferencia con los demás. Compuesta de patrones clínicos, patología severa, síndromes clínicos y síndromes severos.
  - **Conducta homicida:** Quitar la vida a otra persona de manera intencional.
- **Familia:** Es la unión afectiva de personas, integradas por padres, hijos, entre otros tipos de familia.
- **Factor de riesgo:** es aquel que aumenta la probabilidad de que se dé un determinado trastorno.
- **Factores psicosociales:** Son las situaciones que inciden en el problema o fenómeno. Compuesta de los siguientes factores: sociodemográfico, sociocultural, psicológico y familiar.
  - **Homicidio:** Hecho delictivo consistente en acabar con la vida de otra persona.
- **Inimputabilidad:** Concepto jurídico con bases psíquicas referidas a la persona que, en el momento de cometer un hecho delictivo, padece anomalía psíquica, alteración de la conciencia o percepción.
- **Personalidad:** Patrones de conducta característicos y relativamente estables del individuo.
- **Personalidad Antisocial:** No presenta el mínimo de empatía, comportamientos ilegales dirigidos a manipular el entorno a favor de sí. Insensibilidad y crueldad son sus únicos medios para evitar abusos y engaños. Irresponsables e impulsivos.
- **Personalidad Histriónica:** Manipulación de sucesos para aumentar al máximo la atención y los favores que reciben y evitar el desinterés o desaprobación de los demás, búsqueda indiscriminada de estímulos y afecto. Comportamientos sociales inteligentes, astutos, autoconfianza engañosa, necesidad de aceptación y aprobación.

- **Personalidad Límite:** se experimenta intensos estados de ánimo endógenos, con periodos recurrentes de abatimiento y apatía entremezclados con periodos de enfado, inquietud o euforia. Inestabilidad y labilidad del estado de ánimo.
- **Personalidad Compulsiva:** El compulsivo quiere llegar a la perfección, cognitivamente son muy “cerrados” puede mostrarse sujeto a normas y disciplina, no dejan lugar a la creatividad y son muy pegados a la letra, cuando la situación en donde se mueven, deja la cotidianidad se muestran ansiosos y preocupados.
- **Personalidad Agresivo-Sádico:** Sus conductas significan satisfacción y placer personal en comportamientos que humillan a los demás, violan los derechos y sentimientos de los demás, con actitudes belicosas y acentuadamente hostiles; indiferencia, e incluso agrado por las consecuencias negativas de sus conductas abusivas y brutales.
  - **Personalidad Pasivo-agresivo:** se refiere a la resistencia pasiva u obstruccionista a instrucciones autoritarias en situaciones interpersonales o laborales. Se puede manifestar como resentimiento, terquedad, desidia o el fracaso intencionado en realizar las tareas requeridas.
- **Personalidad Auto derrotista:** Un patrón general de conducta derrotista que comienza a manifestarse a principios de la edad adulta y se presenta en una variedad de contextos. La persona a menudo evita o arruina las experiencias placenteras, en ocasiones termina arrastrada a situaciones que la hacen sufrir e impide que los demás la ayuden.
- **Sociodemográfico:** Situaciones sociales y demográficas de una población estudiada, como la edad, género, estado civil, etc.
- **Sociocultural:** Son las condiciones que aparecen en el contexto social y cultural que identifican una población, como el nivel de instrucción, ocupación, adicciones, etc.
- **Trastorno de Personalidad:** Estilos de vida que, en forma persistente y duradera, presenta el individuo de una cultura para relacionarse consigo mismo y, especialmente, con los demás; son modelos desviados y habituales de respuesta a numerosas situaciones individuales y sociales que pueden o no ocasionar tensión subjetiva e inadaptación social.

## **CAPÍTULO II**

### **EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES**

#### **2.1 Planteamiento del Problema**

##### **2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática**

El ser humano por naturaleza es complejo tanto en su comportamiento como en sus sentimientos y emociones que va desarrollando evolutivamente a través de las experiencias psicológicas y sociales, y que son adquiridas de manera positiva o adaptada, y en el peor de los casos de forma negativa o inadaptada que se relacionan directamente con la edad, sexo y condiciones sociodemográficas del sujeto. Los factores psicosociales predisponen de cierta manera el comportamiento del individuo en su contexto social, y afectan la condición humana y formación misma de las poblaciones; pueden generar alteraciones y enfermedades de tipo físico, social y emocional. Los problemas de adaptación social podrían ser debidos a las características del propio individuo más que a fuentes ambientales (Rothbart y Bates, 1998).

Si nos referimos a situaciones de inadaptabilidad podemos ser testigos de una diversidad de comportamientos y emociones negativas que se manifiestan en la interacción diaria en los ámbitos personal, social y laboral donde la expresión de conductas agresivas pueden ir desde simples conductas de indiferencia, respuestas hostiles, hasta manifestaciones de extrema crueldad, que aparecen generalmente en sujetos con trastornos de personalidad, que aunado a diversas conductas de riesgo como el consumo de alcohol y drogas aumentan la conducta violenta. Asimismo, la conducta agresiva combinada con otros tipos de conductas inadaptadas (psicopatológicas) presenta un cuadro más grave, con más problemas de interacción y peor pronóstico, con respecto a la conducta homicida, como indica Dorado y Jane (2001).

De acuerdo al “Estudio Mundial sobre el Homicidio” de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Drogas y el Delito (2012), el mayor porcentaje se encontraría en el continente americano con un 36%, 31% en África, 28% en Asia, mientras que las tasas más bajas de homicidio estaría en Europa (5%) y Oceanía (0.3%). Si bien la tasa promedio global de homicidios es sobre 6.2 por cada 100,000 habitantes, América del Sur, África Central y el Caribe presentan entre 3 y 4 veces más del promedio (16 y 23 homicidios por cada 100,000 habitantes), por lo que la seguridad personal es una preocupación mayor para 1 de cada 10 personas en estas regiones del mundo.

Asimismo, este mismo estudio indica que la polarización no sólo se observa en relación con los lugares donde ocurren los homicidios, sino también respecto al sexo de las víctimas y de los autores materiales. Si bien a nivel mundial 79% de las víctimas de homicidio son hombres, en el contexto familiar y de relaciones de pareja las mujeres están en un riesgo considerablemente mayor que los hombres. Aunado a lo anterior, cerca de 95% de los homicidas a nivel global son hombres, un porcentaje más o menos constante de país a país y entre regiones, independientemente de la tipología de homicidio o el arma empleada. A nivel global, la tasa de homicidios de hombres es casi cuatro veces mayor que la de mujeres (9.9 contra 2.7 por cada 100,000), siendo la más alta la de América (30 por cada 100,000 hombres), que es casi siete veces mayor que las de Asia,

Europa y Oceanía (todas por debajo de 4.5 por cada 100,000 hombres). En gran medida, esto se debe a los elevados niveles de homicidio asociados a la delincuencia organizada y las pandillas, los cuales se dan más en el continente americano que en otras regiones.

En nuestro país el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2015) señala que “el número de muertes violentas asociadas a un hecho delictivo doloso fue de mil 617 homicidios para el año 2011; aumentando a mil 968 en el año 2012 y se incrementa a 2 mil 013 víctimas de homicidios en el año 2013. De esta manera, la tasa de homicidios pasa de 5,4 por cada 100 mil habitantes, en el año 2011, a 7,2 en el año 2015” lo que indica un incremento considerable; es así que diariamente vemos como los medios de comunicación dan cuenta de actos violentos que genera zozobra, desconfianza e inseguridad en la sociedad, más aún cuando se trata del delito de homicidio (doloso) en sus diferentes modalidades como son: feminicidio, parricidio, sicariato, filicidios, entre otros.

Es entonces que cabe la pregunta ¿es que estamos viviendo en un mundo donde la violencia es un legado que se reproduce a sí mismo, que se intensifica a medida que factores psicosociales favorecen su permanencia, o es que la personalidad del ser humano cada día se va trastornando, que ni el hogar es un lugar seguro para la familia, pues un hijo puede fácilmente matar a su madre porque ella no está de acuerdo con él, donde un hombre victima a su pareja porque finaliza la relación, o porque una madre no soporta el abandono del cónyuge y decide asesinar a su hijo.

Si bien estos hechos nos sorprenden y afectan, tenemos otros tipos de asesinatos incrementados en nuestra sociedad, como el asesinato “por encargo” o por “lucro”, regida por un factor primordial el “dinero”, donde la meta es llegar a poseer grandes cantidades de dinero o bienes, donde hombres y mujeres sobrepasan los límites para conseguir sus objetivos sin importar el daño ocasionado a sus semejantes.

Es así que nos preguntamos ¿por qué tanta violencia, crueldad, por qué se agrede mortalmente?, ¿estas personas que cometen homicidio presentan trastornos mentales o de personalidad que los lleva a acabar con la vida de otra persona a quien, en algunos casos, les une fuertes lazos familiares, un hijo, esposa, madre, o es simplemente un acto que denota el total desprecio a la vida humana, donde prevalecen principalmente aspectos económicos?; ¿cuál es la causa primordial de la violencia extrema: son los factores socioculturales, familiares o psicológicos?. Estas interrogantes motivan al desarrollo de la presente investigación en personas sentenciadas por el delito de homicidio que se encuentran internas en el Penal de Lurigancho y el Penal de Santa Mónica, a fin de determinar la relación existente entre los factores psicosociales y sus características de personalidad.

### **2.1.2 Antecedentes Teóricos**

En las diversas universidades nacionales y extranjeras, se ha encontrado estudios realizados sobre rasgos de personalidad y su relación con conductas delictivas, como es el caso de las siguientes tesis:

En el ámbito nacional:

Condori y Cáceres (2008) abordaron el tema de “Los patrones básicos de personalidad de mujeres que cometieron delitos contra la vida, el patrimonio y contra la salud pública”. Para ello utilizaron el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) en 110 internas del establecimiento penitenciario de Chorrillos, no especificándose el número de evaluadas por delito. Entre los datos más relevantes se encontró que el patrón clínico de personalidad compulsivo presenta indicador más elevado, siguiendo el patrón clínico dependiente y el narcisista con indicadores moderados. Resaltando que en los casos de delito contra la vida se encontró mayor prevalencia del patrón clínico de personalidad dependiente, indicando que si son abandonadas pueden sentir tal grado de desesperanza que pueden cometer suicidio o expresar esa violencia sobre la persona que les rechaza. En otras ocasiones, el fuerte sentimiento de inseguridad y los celos

pueden desencadenar estados emocionales de ira, que pueden llevarlas en los casos más extremos al homicidio a veces seguido del suicidio. Asimismo, señalan que las personas con este trastorno de personalidad pueden ser influenciadas por personalidades psicopáticas, dada su gran necesidad de estimación y de integración grupal y de este modo convertirse en cómplices de conductas violentas. Por otro lado, en los casos de delitos contra la salud pública como tráfico ilícito de drogas se encuentra mayor prevalencia del patrón clínico de personalidad de tipo agresivo sádico, es decir quienes presentan conductas violentas de forma meticulosamente organizadas y se muestran con una personalidad y un estilo aparentes que les hace pasar inadvertidas.

Danielli Rocca (2008) realizó la investigación sobre el “Estudio comparativo entre el perfil psicológico y los rasgos socio familiares de los internos en penales por delito contra el patrimonio en las modalidades de estafa y extorsión en Lima Metropolitana y Callao”, cuyo objetivo era determinar si existían diferencias significativas entre los niveles de inteligencia y los rasgos de personalidad en internos sentenciados y procesados por delito contra el patrimonio en las modalidades de estafa y extorsión, arribando a las siguientes conclusiones:

1. Existen diferencias significativas en los niveles de inteligencia general entre los internos sentenciados y procesados por delito contra el patrimonio en las modalidades de estafa y extorsión. No existen diferencias significativas en los rasgos de personalidad entre los internos sentenciados y procesados por delito contra el patrimonio en las modalidades de estafa y extorsión.
2. No existen diferencias significativas en los niveles de autoestima entre los internos sentenciados y procesados por delito contra el patrimonio en las modalidades de estafa y extorsión.
3. Con relación a la dimensión cohesión del funcionamiento familiar no se ha hallado diferencias que sean significativas entre los internos sentenciados y procesados por delito contra el patrimonio en las modalidades de estafa y extorsión.
4. En cuanto a la dimensión adaptabilidad del funcionamiento familiar no existen diferencias significativas entre los internos sentenciados y procesados por delito contra el patrimonio en las modalidades de estafa y extorsión.

5. Se ha encontrado diferencias significativas en los tipos de familia entre los internos sentenciados y procesados por delito contra el patrimonio en las modalidades de estafa y extorsión.

Mamani (2013) realizó la tesis “Inteligencia emocional en mujeres homicidas y parricidas reclusas en el penal de Santa Mónica”, cuyo objetivo era identificar los niveles de capacidad emocional que evidencia la inteligencia emocional y cada una de las habilidades socioemocionales que la conforman, en mujeres reclusas por homicidio y parricidio. Utilizó como instrumento el Inventario de Inteligencia emocional de Reuven Bar-On. Indagó si existen diferencias de acuerdo al motivo de reclusión (homicidio y parricidio) y según el vínculo con su víctima (pareja, extraño, madre, hijo). La muestra fue conformada por internas del penal de Santa Mónica de Lima, siendo 26 internas quienes cumplían los criterios de inclusión, de las cuales 16 participaron voluntariamente. Los resultados indicaron que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres reclusas por homicidio y las reclusas por parricidio, la mayoría de ellas se ubica en un nivel promedio de inteligencia emocional, seguido de las que se ubican en un nivel bajo. Tienden a mostrar un favorable desarrollo principalmente en las habilidades socioemocionales de flexibilidad, tolerancia al estrés y comprensión emocional de sí mismas; sin embargo, requieren mejorar en las habilidades de autorrealización, independencia, auto concepto, relaciones interpersonales, prueba de la realidad, felicidad y optimismo; revelaron mayores áreas por mejorar, las internas reclusas por parricidio o que tuvieron vínculo con su víctima.

Arias, Canales y De la Torre (2004) realizaron un estudio sobre “Características psicopatológicas en los reclusos del Penal de Socabaya de Arequipa”, con el objetivo de analizar las manifestaciones clínicas de un grupo de 78 reclusos del Penal de Socabaya de Arequipa a través del Inventario Multifásico de la Personalidad MINI MULT. Los resultados señalaron que los internos de este penal presentan diversas manifestaciones psicopatológicas, clínicamente significativas. Se obtuvieron tres perfiles delictivos en base a las manifestaciones clínicas de la personalidad por medio del análisis factorial de las escalas clínicas. Estos perfiles son el ansioso, el psicopático y el deprimido. Concluyeron que la población de

internos del Penal de Socabaya tiene tres tipos de presos, unos con problemas de ansiedad que tienden a somatizar sus conflictos psicológicos, otros con conducta francamente psicopática y un tercer grupo de presos con sentimientos de tristeza, desolación y desesperanza. En los tres casos es preocupante que los rasgos predominantes de la personalidad, desde un ángulo clínico, sean tan marcadamente negativos.

En el ámbito internacional:

Pérez (2009) desarrolló un estudio sobre los “Factores psicosociales asociados a la conducta delictiva de los internos condenados por homicidio reclusos en la cárcel de máxima seguridad de Cómbita (Boyacá)”. El objetivo principal de esta investigación es comprender los factores psicosociales asociados a la conducta delictiva de los internos condenados por homicidio reclusos en la cárcel de máxima seguridad de Cómbita (Boyacá). El enfoque que se utilizó es epistemológico e histórico hermenéutico. La muestra del estudio es intencional, con 15 participantes, entre los 25 y 45 años, de género masculino, con un nivel de educación y estrato socioeconómico heterogéneo. Los instrumentos que se utilizaron fueron: entrevista semiestructurada, test de la figura humana, familiograma y las técnicas relatos de vida y observación participante. Como resultado, se observa que los participantes condenados por homicidios pertenecen a estratos socioeconómicos 2 y 3, se evidencian algunos rasgos como agresividad, impulsividad, inestabilidad y dificultad para seguir normas. La investigación permite concluir que las personas que se encuentran condenadas por el delito de homicidio poseen un trastorno de personalidad antisocial e inestabilidad emocional; de igual manera presentan conflicto a nivel de instituciones primarias y secundarias.

Alarcón, Vinet y Salvo (2010) realizaron un estudio en la Universidad de La Frontera- Chile, sobre los “Estilos de personalidad y desadaptación social durante la adolescencia”. Tuvo por objetivo identificar características de personalidad en adolescentes reincidentes en conductas antisociales”. Con ese propósito se administró el Inventario Clínico para Adolescentes de Millon MACI a una muestra

de 86 adolescentes varones chilenos infractores de Ley. La investigación identifica cuatro tipos de personalidad como condicionantes de riesgo, permite comprobar nuevamente que el fenómeno de la desadaptación social durante la adolescencia es un fenómeno multidimensional, no se reduce a una sola variable que permita predecir el comportamiento, menos aún en una etapa de desafíos constantes y alta vulnerabilidad a las oportunidades del contexto. Sin embargo, al intentar aislar esta variable en el estudio, se constata a su vez una interesante heterogeneidad, que debe ser atendida por los profesionales que trabajan con estos jóvenes, así como por las instituciones que diseñan estrategias y modelos de intervención. El estudio pretende esbozar los inicios de una interesante línea de investigación de perfiles de personalidad que pueden ser detectados, durante el proceso adolescente, y que debe proyectarse a futuro explorando las potenciales interacciones con variables del entorno, donde aproximaciones multidimensionales, basadas en factores de riesgos, necesidades y variables personales, proporcionen indicadores empíricos acerca de la predicción del comportamiento en adolescentes infractores que sin duda permitirá avanzar aún más en la comprensión del fenómeno de las conductas antisociales y violencia en las sociedades contemporáneas.

Winberg y Vilalta (2009) realizaron el estudio “Evaluación de trastornos de personalidad mediante el Inventario Clínico Multiaxial (MCMI-II) en una muestra forense”. En este estudio se analiza mediante el Inventario MCMI-II de Millon la presencia de trastornos de personalidad en una población forense. La muestra estuvo compuesta por 86 sujetos del ámbito civil y penal: demandantes en asuntos de familia y denunciados y denunciados en diferentes delitos, principalmente violencia de género. Los resultados muestran un elevado número de protocolos indicadores del Trastorno de Personalidad Compulsivo, que llega al 70% de los sujetos, independientemente de que sean del área civil o penal, o de su condición de denunciante o denunciado. Concluyen que el inventario parece carecer de validez estadística para el uso forense, que la prueba podría describir únicamente las características propias de la evaluación forense, más que la personalidad de los sujetos evaluados, y que, por tanto, es excesivamente sensible al contexto; siendo posible que las conclusiones derivadas de los

resultados del MCMI-II en el ámbito forense estén considerando válidos a perfiles distorsionados o inespecíficos.

Pedrero, López y Fernández (2012) realizaron el estudio titulado “Dimensiones factoriales del cuestionario de Millon (MCMI-II) en adictos a sustancias”. El objetivo de su estudio fue conocer la estructura factorial subyacente del MCMI-II en una muestra de 1,106 adictos a sustancias psicoactivas que inician tratamiento. Los participantes cumplieron el MCMI-II y el TCI-R. Se realizó análisis factorial exploratorio multivariado. Los resultados muestran que en el MCMI-II hay un factor principal que evalúa sintomatología de aparición reciente relacionada con el Eje I, una escala de ideación autolítica, dos escalas que exploran problemas relacionados con alcohol y otras drogas, dos de rasgos de personalidad normal y siete de rasgos de personalidad disfuncional. Aunque el objetivo del MCMI-II es evaluar la personalidad, los resultados indican que la mayor parte del mismo evalúa condiciones no necesariamente estables que han aparecido recientemente. Las escalas que miden rasgos disfuncionales de personalidad se combinan entre sí para configurar los trastornos, sin ajuste claro a la teoría de referencia. Se concluye que el uso del MCMI-II con fines diagnósticos debe considerar la presencia de condiciones inestables que pueden incrementar las cifras de prevalencia y de coexistencia de trastornos de personalidad y comportamientos adictivos.

### **2.1.3 Definición del Problema**

#### **a. Problema Principal**

¿Qué relación existe entre los factores psicosociales y las características de personalidad en internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho y Santa Mónica?

#### **b. Problemas Específicos**

1. ¿Qué relación existe entre los factores psicosociales y **los patrones clínicos de personalidad** en internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho y Santa Mónica?

2. ¿Qué relación existe entre los factores psicosociales y **la patología severa de la personalidad** en internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho y Santa Mónica?
3. ¿Qué relación existe entre los factores psicosociales y **los síndromes clínicos de personalidad** en internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho y Santa Mónica?
4. ¿Qué relación existe entre los factores psicosociales y **los síndromes severos de personalidad** en internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho y Santa Mónica?

## **2.2 Finalidad y objetivos de la investigación**

### **2.2.1 Finalidad**

La importancia del presente estudio radica en determinar cómo se vinculan los factores psicosociales y las características de personalidad en internos varones y mujeres sentenciados por homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho y Santa Mónica.

Desde un punto de vista práctico los resultados permitirán comprender el comportamiento psicopatológico del grupo de internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho y Santa Mónica, y desarrollar acciones preventivas de salud mental y de reinserción social para disminuir la conducta homicida.

### **2.2.2 Objetivo General y Específicos**

#### **a. General**

Establecer la relación de los factores psicosociales y características de personalidad en internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho y Santa Mónica.

#### **b. Específicos**

1. Identificar la relación entre los factores psicosociales y los patrones clínicos de personalidad en internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho y Santa Mónica.
2. Identificar la relación entre los factores psicosociales y la patología severa de la personalidad en internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho y Santa Mónica.
3. Identificar la relación entre los factores psicosociales y los síndromes clínicos de personalidad en internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho y Santa Mónica.
4. Identificar la relación entre los factores psicosociales y los síndromes severos de personalidad en internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho y Santa Mónica.

#### **2.2.3 Delimitación del Estudio**

- **Delimitación temporal:**  
El estudio se realizó de enero a marzo del 2016.
- **Delimitación espacial:**  
La investigación se desarrolló en los Establecimientos Penitenciarios de Lurigancho y Santa Mónica en la ciudad de Lima.

- **Delimitación social:**

La población en estudio estuvo conformada por 380 internos sentenciados por el delito de homicidio: 297 varones pertenecientes al Penal de Lurigancho y 83 mujeres del Penal de Santa Mónica; de los cuales se seleccionó una muestra intencional de 100 personas.

- **Delimitación conceptual:**

Los conceptos desarrollados en el trabajo de investigación han sido: Personalidad, Factores Psicosociales y Homicidio.

## **2.2.4 Justificación e Importancia del Estudio**

### **2.2.4.1 Justificación del estudio**

En el entorno psicológico nacional, no existe la suficiente doctrina teórica y práctica sobre la conducta criminal, la información se fundamenta en la práctica psicológica extranjera, lo cual no necesariamente representa la realidad de nuestra sociedad; por ende, este hecho nos puede llevar a interpretaciones y/o afirmaciones erróneas al tratar de explicar la conducta homicida; por ello, el presente estudio, básicamente está orientado a brindar una herramienta cognoscitiva actual, para comprender la conducta criminal que acontece en nuestra realidad nacional.

### **2.2.4.2 Importancia del estudio**

La importancia de esta investigación radica en permitir el conocimiento objetivo y racional, de cómo los factores psicosociales y los rasgos de personalidad se relacionan con la conducta criminal, específicamente en la comisión del delito de homicidio; a fin que la comunidad psicológica disponga de información científica, comprenda y explique el iter criminis de la conducta homicida.

Asimismo, resulta un aporte significativo para los efectivos de la Policía Nacional del Perú, quienes, durante la investigación del delito de homicidios, consideran de vital importancia conocer las características de personalidad de los presuntos homicidas para esclarecer el hecho delictivo. Es decir, los resultados del presente estudio, no sólo permiten describir la personalidad del delincuente, sino el entorno psicosocial que generó la conducta criminal, pues, resultaría imposible que la justicia penal pudiera actuar, si no dispone del aporte psicológico que explique el comportamiento delictivo a calificar.

## **2.3 Hipótesis y variables**

### **2.3.1 Supuestos Teóricos**

- Los factores psicosociales dentro de los cuales se desarrolla un individuo determinarán de manera significativa la estructura de la personalidad de cualquier persona.
- Las características de personalidad de un sujeto presentarán un importante grado de continuidad y estabilidad temporal (valor predictivo).
- Se asume que la relación entre los factores psicosociales y las características de personalidad determinarán la conducta criminal.

### **2.3.2 Hipótesis principal y específicas**

#### **a. Hipótesis Principal**

Existe relación directa entre los factores psicosociales y características de personalidad en internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho y Santa Mónica.

#### **b. Hipótesis específicas**

H<sub>1</sub>: Existe relación directa entre los factores psicosociales y los patrones clínicos de personalidad en internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho y Santa Mónica.

H<sub>2</sub>: Existe relación directa entre los factores psicosociales y la patología severa de la personalidad en internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho y Santa Mónica.

H<sub>3</sub>: Existe relación directa entre los factores psicosociales y los síndromes clínicos de personalidad en internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho y Santa Mónica.

H<sub>4</sub>: Existe relación directa entre los factores psicosociales y los síndromes severos de personalidad en internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho y Santa Mónica.

### 2.3.3 Variables e Indicadores

#### a. Variables de relación

- **Factores psicosociales (X).** Se han considerado las siguientes dimensiones: sociodemográfico, sociocultural y familiar.
- **Características de personalidad (Y).** De acuerdo al Inventario Clínico Multiaxial MCMI-II MILLON, compuesta de: Patrones clínicos, Patología severa, Síndromes clínicos y Síndromes severos.

#### b. Definiciones operacionales

**1. Factores psicosociales (X).** Son las situaciones que inciden en el problema o fenómeno. Compuesta de las siguientes dimensiones: sociodemográfico, sociocultural y familiar.

**a. Sociodemográfico.** Son las condiciones o características de una muestra o población estudiada, como la edad, género, estado civil.

**b. Sociocultural.** Factores situacionales o de contexto que identifican una población, tales como el nivel de instrucción, ocupación, adicciones.

**c. Familia.** Es la unión sanguínea y/o afectiva de personas, integradas por padres, hijos, entre otros tipos de familia.

**2. Características de personalidad (Y).** Conductas que identifican a una persona y establecen su diferencia con los demás. De acuerdo al instrumento utilizado Inventario Clínico Multiaxial MCMI-II MILLON, está compuesta: de patrones clínicos, patología grave, síndromes clínicos y síndromes severos.

**a. Patrones clínicos de personalidad:** Reflejan en profundidad características permanentes y omnipresentes del funcionamiento de la persona; con frecuencia son inconscientes de las consecuencias destructivas. Estas características tienden a perpetuarse y agravar las dificultades cotidianas.

**b. Patología severa de la Personalidad:** Personas que están en el umbral, caracterizados por déficits de competencia social, frecuentes, aunque reversibles episodios psicóticos, vulnerables a las tensiones de la vida. Moderado nivel de gravedad.

**c. Síndromes clínicos:** La mayoría de los síndromes clínicos descritos en esta sección son de tipo reactivo, es decir, de menor duración que los trastornos de la personalidad. Representan comúnmente estados en los que un proceso patológico activo se manifiesta claramente. Muchos de estos síntomas son causados por sucesos externos y aparecen de golpe, frecuentemente acentuando o intensificando los aspectos más prosaicos del estilo básico de personalidad o pre mórbido. Durante períodos de patología activa, no es infrecuente en los distintos síntomas covariar al mismo tiempo y cambiar a través del tiempo en sus grados de gravedad. Las escalas "A", "H", "N", "D", "B" y "T" representan trastornos de gravedad moderada.

**d. Síndromes severos:** Son estados mentales patológicos, y que se clasifican de forma habitual como: esquizofrénicos, psicosis reactiva breve o esquizofreniformes. Las escalas "SS", "CC" y "PP" reflejan trastornos de gravedad acentuada.

Tabla 1  
Operacionalización de las variables

<b>Variable X</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>
Factores Psicosociales	Sociodemográficos	Edad Sexo Condición Civil Nivel de instrucción
	Sociocultural	Condición laboral antes del internamiento Adicciones
	Familiar	Composición Familiar Conducta habitual padres Conductas Disociales
<b>Variable Y</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>
Características de Personalidad	Patrones clínicos de personalidad	Esquizoide Evitativo Dependiente Histriónico Narcisista Antisocial Agresivo - sádico Compulsivo Pasivo - agresivo Autoderrotista
	Patología severa de personalidad	Esquizotípico Bordeline Paranoide Ansiedad Somatoforme
	Síndromes clínicos	Bipolar Distimia Dependencia de alcohol Dependencia de drogas Desorden del Pensamiento
	Síndromes severos	Depresión Mayor Desorden Delusional

## **CAPÍTULO III**

### **MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO**

#### **3.1 Población y Muestra**

##### **3.1.1 Población**

La población en estudio estuvo conformada por 380 internos sentenciados por el delito de homicidio: 297 varones pertenecientes al Penal de Lurigancho y 83 mujeres del Penal de Santa Mónica, sentenciados por el Delito de Homicidio Doloso, el cual implica la ejecución del delito de manera voluntaria, deliberada, premeditada; siendo este hecho importante para la presente investigación pues de esta forma se analizarán fehacientemente los factores psicosociales y de personalidad en personas que cometieron la conducta homicida. No se consideraron a los sentenciados por Homicidio culposo, por ser un delito caracterizado por la consecuencia de un acto negligente o sin intención del que comete el acto homicida, como por ejemplo un accidente de tránsito fortuito.

### 3.1.2 Muestra

Para la presente investigación se ha utilizado un muestreo No Probabilístico-Intencionado, seleccionando a todos aquellos internos e internas que habían cometido el Delito Contra La Vida el Cuerpo y la Salud – Homicidio, considerando el tipo de homicidio doloso, según el Código Penal: Homicidio Simple, Femicidio, Parricidio, Homicidio Calificado-Asesinato y Sicariato.

Cabe indicar, que los investigadores, previa coordinación con los directores de los Establecimientos Penitenciarios, solicitaron la relación de los internos sentenciados por este delito, a quienes se les realizarían entrevistas y evaluaciones psicológicas, considerando los siguientes criterios:

a. Criterios de Inclusión:

- Ser sentenciado por delito de homicidio doloso.
- Aceptar voluntariamente participar en la presente investigación

b. Criterios de Exclusión:

- Sentenciados por Delito de Homicidio culposo.
- Negativa de los internos a ser evaluados psicológicamente
- Cuando el resultado del Inventario Clínico Multiaxial de Millon II se considere inválido.
- Respuestas imprecisas en la Ficha Psicosocial.

Teniendo en cuenta que en el E.P. Lurigancho, setenta (70) internos varones aceptaron voluntariamente la administración de los instrumentos psicológicos señalados: Ficha Psicosocial y el Inventario de Personalidad; de los cuales veinte (20) internos fueron excluidos por falta de validez en el Inventario de Personalidad y por respuestas imprecisas (no recordar hechos o fechas) durante la aplicación de la ficha psicosocial; en el E.P. Santa Mónica diez (10) reclusas fueron excluidas por los mismos motivos de un total de 50 evaluadas. Por tanto, la muestra total quedó conformada por 90 internos sentenciados por delito de homicidio doloso, de los cuales 50 personas fueron del sexo masculino y 40 del sexo femenino.

### 3.2 Diseño utilizado en el estudio

El presente estudio asume un diseño no experimental puesto que las variables no son manipuladas sino medidas en su contexto natural (Hernández, Fernández y Baptista, 2010); en razón del tiempo empleado en la medición de las variables corresponde también a un diseño de corte transversal (Hernández et al., 2010). Aun cuando la investigación por la naturaleza de los problemas, objetivos e hipótesis es correlacional porque los puntajes y respuestas obtenidos mediante la administración de las pruebas correspondientes son correlacionados estadísticamente; sin embargo, por la riqueza de conocimientos a lograr se describe y analiza los factores psicosociales y características de personalidad.

Esquema:

$$M_1: O_x \text{ r } O_y$$

Dónde:

**M** : es la muestra de internos.

**r** : relación de variables estudiadas

**O<sub>x</sub>** : medición de factores psicosociales

**O<sub>y</sub>** : medición de las características de personalidad

### 3.3 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

#### 3.1.1 Técnicas

En la presente investigación para la recolección de datos se utilizó la técnica de encuesta y la entrevista. Con respecto al primero, es ampliamente utilizada como procedimiento de investigación, ya que permite obtener datos de modo rápido y objetivo mediante la aplicación de instrumentos de tipo autoreporte como el inventario Clínico Multiaxial de Millon – II. En cuanto al segundo, la Ficha Clínica que recoge información Psicosocial requiere ser aplicado mediante modalidad de entrevista.

### **3.1.2 Instrumentos**

Para la recopilación de datos se han utilizado dos instrumentos una ficha psicosocial elaborada ad hoc y el inventario Clínico Multiaxial de Millon – II, las cuales se describen a continuación:

#### **1. Historia Clínica Psicológica a través de la Ficha Psicosocial**

##### **Descripción:**

La ficha de información psicosocial elaborado ad hoc, permite recoger información sobre datos de filiación; datos familiares respecto al padre, madre, hermanos, familia actual; escolaridad; aspecto laboral antes del internamiento; hábitos sobre consumo de sustancias psicoactivas; datos relacionados a la condena; y otros datos adicionales. Para mayores detalles de la ficha ver anexos.

Esta Ficha Psicosocial se aplica en forma individual, previa aceptación voluntaria de los internos a participar en la presente investigación; de quienes se obtiene información a través de una entrevista breve de aproximadamente 25 minutos.

#### **2. Inventario Clínico Multiaxial de Millon - II.**

##### **FICHA TÉCNICA**

Inventario Clínico Multiaxial de Millon – II.

Autor: Theodore Millon.

Publicación: Madrid: TEA, 1999.

Notas a la medición: Exploración e identificación de personas con dificultades emocionales y personas que puedan requerir una evaluación más profunda o una atención profesional.

Ámbito de aplicación: Clínico y Forense.

Número total de ítems: 175 con Respuesta dicotómica.

Forma de aplicación: Individual y Colectiva.

Tiempo de aplicación: 20 a 25 minutos.

##### **Escalas/factores: Patrones clínicos de personalidad:**

- Esquizoide (1)
- Evitativo (2)

- Dependiente (3)
- Histriónico (4)
- Narcisista (5)
- Antisocial (6A)
- Agresivo sádica (6B)
- Compulsivo (7)
- Pasivo/agresivo (8A)
- Autoderrotista (8B)

**Patología severa de la personalidad:**

- Esquizotípico (S)
- Borderline (C)
- Paranoide (P)

**Síndromes clínicos:**

- Ansiedad (A)
- Somatoforme (H)
- Bipolar (N)
- Distimia (D)
- Dependencia de alcohol (B)
- Dependencia de drogas (T)

**Síndromes severos:**

- Desorden del Pensamiento (SS)
- Depresión mayor (CC)
- Desorden Delusional (PP)

**Escalas de fiabilidad y validez:**

- Validez (V)
- Sinceridad (X)
- Deseabilidad (Y)
- Alteración (Z)

El MCMI-II es un cuestionario de personalidad cuyo objetivo es suministrar información al profesional clínico en tareas de evaluación y toma de decisiones de

tratamiento sobre personas con dificultades emocionales e interpersonales (Millon, 1998).

El cuestionario de Millon no es un instrumento de screening para ser utilizado con poblaciones consideradas "normales" o con otros propósitos que no sean la exploración diagnóstica o la evaluación clínica.

Cada una de sus 22 escalas clínicas se diseñó como una medida operacional de un síndrome/trastorno derivado desde la teoría de la personalidad y la psicopatología de Theodore Millon (1976, 1981, 1986a, 1986b).

El MCMI-II consiste en 175 ítems con formato de respuesta Verdadero/Falso, que ocupa un tiempo de administración relativamente breve (de 15 a 25 minutos).

Los diferentes trastornos/síndromes de mayor prevalencia en el DSM-III-R (APA, 1987) son recogidos a través de 22 escalas: 13 escalas de personalidad [Eje II DSM-III-R, APA, 1987] (Esquizoide, Fóbica, Dependiente, Histriónica, Narcisista, Antisocial, Agresivo/Sádica, Compulsiva, Pasivo/Agresiva, Autodestructiva, Esquizotípica, Límite, y Paranoide) y 9 síndromes clínicos [Eje I DSM-III-R, APA, 1987] (Ansiedad, Histeriforme, Hipomanía, Distimia, Abuso del alcohol y Abuso de las drogas, Pensamiento psicótico, Depresión mayor y Trastorno delirante). También se incluyen cuatro escalas de validez (Validez, Sinceridad, Deseabilidad y Alteración).

La construcción del test fue realizada mediante la superación progresiva de tres etapas de validación (Loevinger, 1957):

- a) Teórico-substantiva (concordancia o respaldo con la fundamentación teórica).
- b) Estructural-interna (comprobación de su fiabilidad y consistencia interna).
- c) Criterial-externa (validación mediante criterios externos, comprobando su poder discriminativo), consiguiendo en todos los casos resultados satisfactorios (Millon, 1999).

La fiabilidad del MCMI-II fue calculada mediante distintos indicadores de estabilidad para sujetos no clínicos, pacientes ambulatorios y pacientes

ingresados, administrando el test dos veces a cada uno de los grupos en un intervalo de tres a cinco semanas, consiguiéndose coeficientes bastante altos y significativos en todas las escalas y apreciándose poca diferencia entre las escalas de personalidad y las de síndromes clínicos (Choca & Van Denburg, 1998; Craig & Weinberg, 1992; Millon, 1999).

El MCMI-II proporciona puntuaciones de prevalencia (TB) entre 0 y 100 en cada escala, y según el autor, se han establecido puntos de corte para la determinación de la intensidad del rasgo presente en la persona.

Indicador elevado: mayor o igual a 85

Indicador moderado: entre 75 y 84

Indicador sugestivo: entre 60 y 74

Indicador bajo: entre 35 a 59

Indicador nulo: menor que 35.

### **Validez y confiabilidad**

En razón de que todo instrumento debe garantizar validez y confiabilidad a efectos de realizar interpretaciones correctas de las puntuaciones del test (Prieto y Delgado, 2010), para el presente estudio se ha revisado la validez de constructo y la confiabilidad mediante consistencia interna. Dichos resultados a continuación se describen:

En la Tabla 2 se presenta los resultados del análisis factorial exploratorio, pero previamente se verificó su aplicabilidad mediante la prueba de Kaiser Meyer Olkin (KMO) que mostró un valor de 0.904 y valores adecuados en el test de esfericidad de Bartlett ( $X^2=2094.260$ ,  $gl=231$ ,  $p=0.000$ ). El valor mínimamente requerido de KMO para una adecuada correlación entre las variables es de 0.70 según la literatura, y la prueba de esfericidad evidencia que no es una matriz de identidad; por tanto, resulta pertinente el uso del análisis factorial para evaluar la validez de la estructura interna del Inventario Clínico Multiaxial de Millon – II.

Se ha utilizado el método de Mínimos Cuadrados no Ponderados con rotación Promax para la extracción de factores.

Tabla 2

*Estructura factorial de Inventario Clínico Multiaxial de Millon – II*

	Factor				h <sup>2</sup>
	1 PC	2 PS	3 SC	4 SS	
Esquizoide	.565				.656
Evitativo	.430				.826
Dependiente	.721				.584
Histriónico	.847				.727
Narcisista	.897				.853
Antisocial	.408				.800
Agresivo Sádico	.588				.669
Compulsivo	.754				.614
Pasivo-agresivo	.418				.843
Autoderrotista	.495				.788
Esquizotípico		.766			.626
Borderline		.732			.851
Paranoide		.469			.575
Ansiedad			.582		.708
Somatomorfo			.312		.348
Bipolar			.697		.669
Distimia			.597		.839
Dependencia alcohol			.822		.801
Dependencia drogas			.935		.912
Desorden del pensamiento				.522	.791
Depresión mayor				.738	.804
Desorden delusional				.392	.786
A.V.	12.135	2.417	1.490	1.158	
V.E.	55.157	10.984	6.774	5.264	
%V.E.A.	55.157	66.141	72.915	78.179	

**Nota:** PC= Patrones clínicos, PS=Patologías severa, SC=Síndromes clínicos, SS= Síndromes severos, h<sup>2</sup>= Comunalidades, A.V.= Autovalor, V.E. = Varianza explicada, %V.E.A.= porcentaje de varianza explicada acumulada

Los autovalores obtenidos indican la presencia de 4 factores porque el quinto factor evidencia un autovalor inferior a 1, resultando una varianza explicada acumulada de 78.1% para los cuatro factores. Como se observa en la Tabla 2, las cargas factoriales son mayores a 0.30 en todos los casos. Los datos avalan la existencia multidimensional de 4 factores del constructo y la configuración interna

de 22 escalas. Por tanto, cabe sostener que el instrumento presenta validez de constructo.

Tabla 3  
Coeficientes Alfa de Cronbach e intervalos de confianza de las escalas del MCMI-II

ESCALAS DEL MCMI-II		M	DS	$\alpha$	IC*
	Autodescalificación	9,68	8,39	0,92	0,87-0,94
	Deseabilidad Social	13,90	5,17	0,84	0,76-0,89
Patrones clínicos de personalidad	1: Esquizoide	23,99	7,17	0,52	0,35-0,65
	2: Evitativo	23,67	10,89	0,78	0,68-0,85
	3: Dependiente	31,48	8,02	0,62	0,47-0,73
	4: Histriónico	28,17	9,60	0,68	0,55-0,78
	5: Narcisista	36,96	9,39	0,61	0,46-0,73
	6A: Antisocial	28,63	10,37	0,69	0,56-0,79
	6B: Agresivo Sádico	30,33	10,20	0,71	0,59-0,80
	7: Compulsivo	41,20	8,24	0,56	0,40-0,69
	8A: Pasivo-agresivo	23,03	11,77	0,79	0,69-0,86
	8B: Autoderrotista	19,43	11,08	0,82	0,74-0,88
Patología severa de personalidad	S: Esquizotípico	23,51	13,38	0,85	0,78-0,90
	C: Borderline	26,16	16,55	0,89	0,84-0,93
	P: Paranoide	31,87	12,89	0,82	0,74-0,88
Síndromes clínicos	A: Ansiedad	8,96	8,10	0,83	0,75-0,88
	H: Somatomorfo	12,13	8,70	0,82	0,74-0,88
	N: Bipolar	21,79	9,03	0,74	0,63-0,82
	D: Distimia	17,13	12,43	0,86	0,79-0,90
	B: Dependencia alcohol	19,93	8,47	0,76	0,65-0,83
	T: Dependencia drogas	27,07	12,26	0,82	0,74-0,88
Síndromes severos	SS: Desorden del pensamiento	16,16	9,63	0,79	0,69-0,86
	CC: Depresión mayor	11,59	10,65	0,87	0,81-0,81
	PP: Desorden delusional	15,36	7,63	0,77	0,66-0,84

Nota: M= media, DS= desviación estándar,  $\alpha$  = alfa de Cronbach, IC95%= intervalo de confianza al 95% de alfa

Para analizar la confiabilidad de las escalas del MCMI-II, se utilizó el método de consistencia interna. Para esto se calculó el coeficiente Alfa de Cronbach en cada una de las escalas de la prueba y sus respectivos intervalos de confianza usando el método de Fischer (1950). Para calcular los intervalos se usó el programa

desarrollado por Domínguez & Merino (2015). De esta forma, como se observa en la Tabla 3, las escalas que obtuvieron un coeficiente de confiabilidad moderados fueron las Escalas Esquizoide y Compulsivo, con valores de 0,52 (con un límite inferior de 0,35) y 0,56 (límite inferior 0,40), respectivamente. Las demás escalas obtuvieron coeficientes que van desde 0,61 para la escala Dependiente (límite superior 0,73), hasta alta consistencia como en las escalas Distimia con 0,86 (límite superior 0,90) y Borderline, con 0,89 (límite superior 0,93).

En conclusión, los resultados de validez y confiabilidad garantizan que la prueba posee las propiedades psicométricas adecuadas para ser utilizada en la presente investigación.

### **3.4 Procesamiento de datos**

El procesamiento y análisis de la información obtenida se realizó de acuerdo con las técnicas estadísticas descriptivas e inferenciales para verificar las hipótesis planteadas:

Se evaluó las propiedades psicométricas de los instrumentos y verificó su confiabilidad con la técnica de consistencia interna Alfa de Cronbach y la validez de constructo evaluada con la técnica de análisis factorial exploratorio.

La verificación de la distribución de normalidad para las puntuaciones de la variable características de personalidad se realizó a través de la prueba Kolmogorov-Smirnov.

Para el contraste de hipótesis se utilizaron pruebas no paramétricas. Así, se empleó el Coeficiente de Asociación Chi Cuadrado, para probar la relación entre las variables de estudio, pues se analizaron variables categóricas.

La intensidad de la relación fue evaluada a través del Coeficiente V de Cramer.

Asimismo, para la asociación de variables con escala de medición ordinal se empleó el Coeficiente de Correlación Rho de Spearman.

Es importante señalar que para todas las pruebas de hipótesis se utilizó un nivel de significación de 0.05.

## **CAPÍTULO IV**

### **PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS**

#### **4.1 Presentación de Resultados**

Los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos psicológicos: ficha psicosocial e Inventario Clínico Multiaxial de Millon – II, en la muestra de estudio, homicidas varones y mujeres son los siguientes:

##### **4.1.1 Resultados de las Variables Psicosociales**

La presente investigación está conformada por una muestra de 90 sujetos que representan el 100% según se indica en la Tabla 4.

Este grupo está integrado por 50 personas del sexo masculino y 40 del sexo femenino que representan el 56% y 44% respectivamente.

Los grupos etario en ambos sexos son los adultos entre 30 a 39 años en mayor porcentaje (87%), le siguen los adultos jóvenes entre 18 a 29 años (10%) y finalmente en un mínimo porcentaje los adultos mayores de 60 a 79 años (3%).

Se puede apreciar que existe un mayor porcentaje (31%) de personas cuya condición civil es soltera, seguida de la condición de conviviente (28%), encontrando además que los menores porcentajes lo conforman la condición de separado (14%), tanto casado como viudo en igual porcentaje (10%) y finalmente divorciado (7%).

Tabla 4  
*Características sociodemográficas de la muestra de estudio*

<b>Variabes</b>	<b>Categorías</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	Varón	50	56
	Mujer	40	44
<b>Edad</b> M= 39,5 DE= 9,6	Adulto Joven (18 a 29 años)	9	10
	Adulto (30 a 39 años)	78	87
	Adulto Mayor (60 a 79 años)	3	3
<b>Condición civil</b>	Soltero	28	31
	Casado	9	10
	Divorciado	6	7
	Viudo	9	10
	Conviviente	25	28
	Separado	13	14

Respecto a las características socioculturales, en la Tabla 5 se observa que el grado de instrucción alcanzado por los homicidas es el de secundaria completa (43%) y secundaria incompleta (34%); y porcentajes menores (4%) se ubican en estudios de primaria incompleta y superior completa (7%) e incompleta (6%).

Asimismo, con relación a la condición laboral el mayor porcentaje (68%) de internos tenían una ocupación fija o estable antes de cometer el delito de homicidio.

Tabla 5  
*Características socioculturales*

<b>VARIABLES</b>	<b>CATEGORÍAS</b>	<b>F</b>	<b>%</b>		
<b>Nivel de instrucción</b>	Primaria Incompleta	4	4		
	Primaria Completa	5	6		
	Secundaria Incompleta	31	34		
	Secundaria Completa	39	43		
	Superior Incompleta	5	6		
	Superior Completa	6	7		
<b>Condición Laboral antes del internamiento</b>	Desocupado	5	5		
	Fija/estable	61	68		
	Eventual	24	27		
		<b>SI</b>	<b>%</b>	<b>NO</b>	<b>%</b>
<b>Adicciones</b>	Drogas ilegales	27	30	63	70
	Tabaco	74	82.2	16	17.8
	Alcohol	85	94.4	5	5.6

En la presente Tabla 6 se observa que los porcentajes mayores coinciden en la composición familiar de origen (padres de los internos), con el de sus propias familias (interno), donde la familia nuclear y la monoparental tienen mayor prevalencia en ambas familias. En general, el mayor porcentaje de los internos provienen de una familia disfuncional sea monoparental, reconstituida, extendida y no parental, composición familiar que se vuelve a presentar en sus propias familias.

Tabla 6  
*Composición familiar de origen (padres) y propia (interno)*

<b>DIMENSIONES</b>	<b>Composición Familiar de origen</b>		<b>Composición Familiar propia</b>	
	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Monoparental	26	29	30	33
Monoparental extendida	5	6	8	9
Nuclear	36	40	27	30
Reconstituida	9	10	8	9
Extendida	4	4	8	9
No parental	7	8	8	9
Otros	3	3	1	1

La conducta habitual que mantuvieron los progenitores hacia los internos (as) sentenciados por homicidio fue un estilo violento, el 33% así lo indica por parte del padre y 9% de la madre; asimismo, 26% recibieron afecto paterno y 55% materno (ver Tabla 7). Respecto, al estilo de crianza ausente el 18% de internos aceptaron este tipo de conducta del padre y 8% de la madre. En el estilo o conducta indiferente, las diferencias son menores en ambos padres 15% (padre) y 19% (madre); y en la conducta sobreprotectora 7 internos se sintieron sobreprotegidos por el padre y 8 por la figura materna.

Se debe tener en cuenta que las conductas habituales de violenta, ausente, indiferente y sobreprotectora alcanzan un 74%, en la muestra de estudio.

Tabla 7  
*Conducta habitual de los padres frente a los internos*

<b>Conducta habitual de los padres</b>	<b>Padre</b>	<b>Madre</b>
Violenta	30 (33%)	8 (9%)
Ausente	16 (18%)	7 (8%)
Indiferente	14 (15%)	17 (19%)
Sobreprotectora	7 (8%)	8 (9%)
Afectuosa	23 (26%)	50 (55%)
Total	90 (100%)	90 (100%)

Las conductas disociales más frecuentes fueron la deserción escolar (41%) y la fuga del hogar (35.6%) y en un menor porcentaje (17.8%) la pertenencia a barras bravas (Tabla 8).

Tabla 8  
*Conductas disociales*

	SI	%	NO	%
Deserción escolar	37	41.1	53	58.9
Fuga del hogar	32	35.6	58	64.4
Pertenencia a barras bravas	16	17.8	74	82.2

En el factor relación con la víctima los porcentajes son similares entre víctimas familiares 36,7%, conocidas 33,3% y víctimas desconocidas 30%; sin embargo, es de considerar que sumados los porcentajes de la dimensión familiar y personas conocidas arrojan un 70% de víctimas que tenían un vínculo con el homicida (Tabla 9).

En este mismo grupo el 99% cometió el delito de homicidio por primera vez; en tanto el 1% de personas tenía internamientos anteriores.

Con referencia a los años de sentencia predomina un 54,4% que tienen condena por un periodo de entre 11 a 20 años; un 26,7% que han recibido condena por un periodo menor a 10 años; se concentra en un 13,3% aquellos que deben cumplir condena entre 21 a 30 años y en menor porcentaje (4,4%) los que tienen sentencia entre 31 a 41 años y el 1,1% que ha sido sentenciado a cadena perpetua.

Tabla 9

*Variables relacionadas con la condena por homicidio.*

<b>Variables</b>	<b>Categorías</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Relación con la víctima	Familiar	33	36,7
	Conocido	30	33,3
	Desconocido	27	<b>30,0</b>
Número de homicidios	1	89	99
	2	1	1
Años de sentencia M= 16,7 Mín.= 5 años Máx.= Cadena perpetua	0-10 años	24	26,7
	11-20 años	49	54,4
	21-30 años	12	13,3
	31-41 años	4	4,4
	Cadena perpetua	1	1,1
Relación con otros delincuentes	Sí	27	<b>30</b>
	No	63	70
Otros delitos cometidos	Sí (robo)	17	19
	No	73	81

El 70% de los sujetos en estudio, indicaron que no han establecido contacto social, con personas pertenecientes a entornos delictivos; en tanto que el 30% ha mantenido contacto con dichos grupos delincuenciales.

Con relación a que, si participaron de otros delitos, el 81% de la muestra señaló negativamente; excepto, algunos casos que afirmaron cometer el delito de robo, representado este grupo por el 19%.

#### 4.1.2 Resultados de las Características de Personalidad, según el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II

Tabla 10

*Estadísticos descriptivos de tasa base de las escalas clínicas del MCMI-II: puntajes generales y según sexo.*

ESCALAS DE PERSONALIDAD	PTJES. TOTALES		VARONES		MUJERES	
	M	DE	M	DE	M	DE
<b>PATRONES CLÍNICOS DE PERSONALIDAD</b>						
1: Esquizoide	71.3	16.05	73.6	14.77	68.4	17.28
2: Evitativo	70.92	18.94	70	20.09	72	17.58
3: Dependiente	68.51	26.33	71.6	26.6	64.5	25.77
4: Histriónico	59.69	22.03	54.5	21.79	66.1	20.85
5: Narcisista	70.21	18.67	67.2	20.07	73.8	16.27
6A: Antisocial	68.36	16.12	69	19	67.5	11.76
6B: Agresivo Sádico	65.54	19.89	65.5	22.61	65.5	16.13
7: Compulsivo	75.01	18.03	76.3	18.4	73.3	17.65
8A: Pasivo-agresivo	49.11	28.07	52.2	30.66	45.2	24.27
8B: Autoderrotista	61.66	22.69	64	21.51	58.6	24.02
<b>PATOLOGÍA SEVERA</b>						
S: Esquizotípico	66.44	12.35	69.4	12.29	62.6	11.47
C: Borderline	56.34	19.9	57.7	23.73	54.6	13.8
P: Paranoide	64.93	19.46	67	20.4	62.3	18.13
<b>SINDROMES CLÍNICOS</b>						
A: Ansiedad	46.06	27.12	50.4	31.25	40.5	19.9
H: Somatomorfo	34.7	29.18	55.1	22.67	9.1	9.6
N: Bipolar	49.6	16.22	49.2	18.22	50.1	13.52
D: Distimia	44.18	25.46	50	28.35	36.8	19.21
B: Dependencia alcohol	52.98	17.91	56.8	20.48	48.1	12.74
T: Dependencia drogas	56.6	18.71	59.1	20.76	53.4	15.48
<b>SINDROMES SEVEROS</b>						
SS: Desorden del pensamiento	58.48	17.33	61.5	14.29	54.6	20.03
CC: Depresión mayor	44.98	23.91	51	22.12	37.4	24.16
PP: Desorden delusional	58.54	20.04	60.3	17.01	56.2	23.3

Como se observa en la Tabla 10, los sentenciados por delito de homicidio presentan dentro de los patrones clínicos de personalidad las puntuaciones tasa base (TB) más altas en las escalas Compulsivo, que alcanza una TB de 75, seguido de la escala Esquizoide con 71.3, Evitativo con 70.9, Narcisista 70.2, Dependiente 68.5, Antisocial 68.3, Agresivo Sádico con 65.5 y Autoderrotista con TB de 61.6.

En lo que respecta a las escalas de patología severa de personalidad, se halló puntajes significativos en dos escalas: Esquizotípico y Paranoide, con TB 66.44 y 64.93, respectivamente.

Respecto a la diferencia en las medias de los puntajes TB entre varones y mujeres, hay una mínima diferencia en las escalas Compulsivo (V: M= 76.3; DE= 18.4; M: M= 73,3; DE= 17,6) y Evitativo (V: M=70,0; DS= 20; Mj: M= 72, DS= 17,5). Otra escala con TB sugestivo es Esquizoide para varones (M= 73.6; DE= 14,7), siendo menor en las mujeres (M= 68,4; DE= 17,2). En la escala Narcisista la puntuación es mayor en mujeres (M= 73,8; DE= 16,2) que en varones (M= 67,2; DE= 20). En la escala Dependiente los varones obtienen M= 71,6; DE= 26:60, en las mujeres disminuye este valor (M= 64,5; DE=25,7). Con puntuación similar e indicadores sugestivos, se hallan la escala Antisocial (V: M= 69; DE= 19; Mj: M= 67,5; DE= 11,7); y la escala Agresivo Sádico, (V: M= 67,5; DE= 11,7 Mj: M= 67,5; DE= 11,7).

Dentro de los patrones clínicos de personalidad, la escala Histriónico es sugestivo solo para las mujeres (M= 66,1; DE= 20,8) e igualmente la escala Autoderrotista (M= 64; DE= 21,5) solo en varones.

Como patología severa ambos sexos obtienen puntuaciones sugestivas en la escala Paranoide (V: M= 67; DS= 20,4; Mj: M= 62,3, DS= 18,1). Y en síndromes severos, las escalas Desorden del pensamiento (M= 61,5; DS= 14,2) y Desorden Delusional (M= 60,3; DS= 17) tienen puntuaciones sugestivas sólo en varones.

Tabla 11

*Distribución de la muestra de estudio según las Categorías de Tasa Base (TB) para las escalas clínicas*

Escalas	Categorías TB				
	Nulo (0-34)	Bajo (35-59)	Sugestivo (60-74)	Moderado (75-84)	Elevado (85-Más)
<b>PATRONES CLÍNICOS DE PERSONALIDAD</b>					
1: Esquizoide	2 (2%)	8 (9%)	58 (64%)	8 (9%)	14 (16%)
2: Evitativo	4 (4%)	14 (16%)	33 (37%)	19 (21%)	20 (22%)
3: Dependiente	15 (17%)	4 (4%)	28 (31%)	14 (16%)	29 (32%)
4: Histriónico	10 (11%)	25 (28%)	32 (35%)	15 (17%)	8 (9%)
5: Narcisista	2 (2%)	20 (22%)	25 (28%)	28 (31%)	15 (17%)
6A: Antisocial	1 (1%)	24 (27%)	43 (48%)	9 (10%)	13 (14%)
6B: Agresivo Sádico	3 (3%)	25 (28%)	31 (34%)	22 (24%)	9 (10%)
7: Compulsivo	2 (2%)	11 (12%)	27 (30%)	17 (19%)	33 (37%)
8A: Pasivo-agresivo	26 (29%)	27 (30%)	23 (25%)	6 (7%)	8 (9%)
8B: Autoderrotista	11 (12%)	20 (22%)	40 (45%)	12 (13%)	7 (8%)
<b>PATOLOGÍA SEVERA DE PERSONALIDAD</b>					
S: Esquizotípico	1 (1%)	23 (26%)	51 (57%)	13 (14%)	2 (2%)
C: Borderline	14 (16%)	35 (39%)	31 (34%)	6 (7%)	4 (4%)
P: Paranoide	7 (8%)	16 (18%)	47 (52%)	10 (11%)	10 (11%)
<b>SINDROMES CLÍNICOS</b>					
A: Ansiedad	36 (40%)	27 (30%)	10 (11%)	12 (13%)	5 (6%)
H: Somatomorfo	47 (52%)	23 (26%)	12 (13%)	7 (8%)	1 (1%)
N: Bipolar	12 (13%)	57 (64%)	20 (22%)	0 (0%)	1 (1%)
D: Distimia	37 (41%)	30 (33%)	6 (7%)	7 (8%)	10 (11%)
B: Dep. Alcohol	9 (10%)	53 (59%)	19 (21%)	5 (6%)	4 (4%)
T: Dep. Drogas	10 (11%)	43 (48%)	25 (27%)	5 (6%)	7 (8%)
<b>SINDROMES SEVEROS</b>					
SS: Des. Pensamto.	4 (4%)	28 (31%)	47 (52%)	10 (11%)	1 (1%)
CC: Depres. May	17 (19%)	43 (48%)	28 (31%)	1 (1%)	1 (1%)
PP: Des. Delusional	6 (7%)	29 (32%)	43 (48%)	3 (3%)	9 (10%)

N=90

Como se aprecia en la Tabla 11 el MCMI-II agrupa en cinco categorías los puntajes de las TB obtenidas por los usuarios, siendo las categorías moderadas y elevadas las que tienen puntuaciones TB altas y las que se deben tomar en cuenta en el análisis. De acuerdo a estas categorías, en la Tabla 11, se observan porcentajes altos en la categoría considerado como moderado en siete escalas de los patrones clínicos de personalidad: Narcisista (31%), Agresivo sádico (24%), Evitativo (21%), Compulsivo (19%), Histriónico (17%), Dependiente (16%) y Autoderrotista (13%).

Dentro del mismo indicador moderado, en las escalas patología severa de la personalidad, se aprecian porcentajes significativos en la escala Esquizotípico (14%) y Paranoide (11%). En los síndromes clínicos la escala Ansiedad obtiene un porcentaje de 13% y en los síndromes severos, el Desorden del pensamiento alcanza un 11%.

Respecto a la categoría Elevado se mantienen los porcentajes más altos en las escalas de Patrones clínicos de personalidad Compulsivo (37%), Dependiente (32%), Evitativo (22%), Narcisista (17%), Esquizoide (16%) y Antisocial (14%). La escala Paranoide (11%) como única escala en Patología severa de la personalidad y, dentro de las escalas Síndromes Clínicos, la Distimia obtiene un 11%.

A fin de continuar con el análisis, fue necesario determinar qué pruebas o estadísticos se usarían para probar las hipótesis de la investigación. En ese sentido, la Tabla 12, expresa los índices de la prueba Kolmogorov-Smirnov para determinar si el puntaje de las escalas clínicas sigue una distribución normal. Del total de 22 escalas, solo 10 escalas siguen una distribución normal, puesto el nivel de significancia que acompaña a la prueba K-S es mayor a 0.05. Además, sólo 4 de dichas escalas presentan una puntuación tasa base 60 o más (escalas 2, 6B, 7 y S). Por tanto, lo más conveniente fue usar pruebas no paramétricas para probar las hipótesis del estudio.

Tabla 12

*Prueba de normalidad para las Escalas Clínicas*

<b>Escalas Clínicas</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>Prueba K-S</b>	<b>Sig. asintót. (bilateral)</b>
<b>PATRONES CLINICOS DE PERSONALIDAD</b>				
1: Esquizoide	71.3	16.06	1.97	0.001
2: Evitativo	70.9	18.94	1.26	0.084
3: Dependiente	68.5	26.33	2.06	0.000
4: Histriónico	59.7	22.04	1.36	0.050
5: Narcisista	70.2	18.67	1.56	0.016
6A: Antisocial	68.4	16.13	1.51	0.021
6B: Agresivo Sádico	65.5	19.89	1.25	0.090
7: Compulsivo	75.0	18.04	0.90	0.388
8A: Pasivo-agresivo	49.1	28.07	0.76	0.608
8B: Autoderrotista	61.7	22.70	1.77	0.004
<b>PATOLOGÍA SEVERA DE PERSONALIDAD</b>				
S: Esquizotípico	66.4	12.35	1.03	0.240
C: Borderline	56.3	19.90	0.82	0.517
P: Paranoide	64.9	19.46	1.74	0.005
<b>SINDROMES CLÍNICOS</b>				
A: Ansiedad	46.1	27.12	1.00	0.268
H: Somatomorfo	34.7	29.18	1.74	0.005
N: Bipolar	49.6	16.22	1.87	0.002
D: Distimia	44.2	25.47	1.07	0.198
B: Dependencia alcohol	53.0	17.91	1.08	0.191
T: Dependencia drogas	56.6	18.72	1.35	0.053
<b>SINDROMES SEVEROS</b>				
SS: Desorden del pensamiento	58.5	17.33	2.54	0.000
CC: Depresión mayor	45.0	23.91	1.48	0.025
PP: Desorden delusional	58.5	20.04	1.71	0.006

p<0,05

## 4.2 Contrastación de Hipótesis

### 4.2.1 Factores Psicosociales

H<sub>0</sub>: No existe relación entre los factores psicosociales y los patrones clínicos de personalidad en internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho (varones) y Santa Mónica (mujeres).

H<sub>1</sub>: Existe relación entre los factores psicosociales y los patrones clínicos de personalidad en internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho (varones) y Santa Mónica (mujeres).

#### A. Dimensión Sociodemográfica

En la Tabla 13, se observa el valor de la prueba chi cuadrado entre los patrones clínicos de personalidad y la edad de los participantes de la muestra (grupos etarios). La Tabla indica que solamente existe relación entre el patrón clínico Dependiente y la edad, siendo este significativo ( $X^2 = 9,853$ ,  $gl = 1$ ,  $p < .01$ ); pero de intensidad débil ( $V$  de Cramer = ,235).

Tabla 13

*Coefficientes de asociación entre patrones clínicos de personalidad y edad. Grupo etario: Adulto Joven (18-29 años), Adulto (30 a 59 años) Adulto Mayor (60 -75 años).*

Patrones clínicos	Chi-cuadrado de Pearson	Sig. asintótica (bilateral)	V de Cramer	Sig.
1: Esquizoide	7,217	,125		
2: Evitativo	6,729	,151		
3: Dependiente	9,853	,043	,235	,041
4: Histriónico	3,153	,533		
5: Narcisista	3,885	,422		
6A: Antisocial	4,548	,337		
6B: Agresivo Sádico	4,339	,362		
7: Compulsivo	9,451	,051		
8A: Pasivo-agresivo	4,915	,296		
8B: Autoderrotista	2,551	,636		

N= 90,  $p < 0.05$

La Tabla 14 muestra que existe relación significativa de intensidad débil entre el sexo y los patrones clínicos Histriónico ( $X^2 = 7,896$ ,  $gl = 1$ ,  $p < .01$ ), Antisocial ( $X^2 = 6,586$ ,  $gl = 1$ ,  $p < .05$ ) y Agresivo Sádico ( $X^2 = 15,252$ ,  $gl = 1$ ,  $p < .01$ ).

Tabla 14

*Coefficientes de asociación entre patrones clínicos de personalidad y sexo*

Escalas Clínicas	Chi-cuadrado de Pearson	Sig. asintótica (bilateral)	V de Cramer	Sig.
1: Esquizoide	1,890	,389	-	-
2: Evitativo	1,611	,447	-	-
3: Dependiente	3,334	,189	-	-
4: Histriónico	7,896	,005	,296	,007
5: Narcisista	2,728	,099	-	-
6A: Antisocial	6,586	,037	,271	,037
6B: Agresivo Sádico	15,252	,000	,412	,000
7: Compulsivo	,619	,734	-	-
8A: Pasivo-agresivo	2,598	,273	-	-
8B: Autoderrotista	,054	,974	-	-

N= 90,  $p < 0.05$

En el Patrón Clínico Histriónico, según el sexo, las mujeres obtienen el mayor porcentaje en la categoría de moderado y elevado (40%); por el contrario, el 86% de varones han obtenido una categoría correspondiente a nulo, bajo o sugestivo (Tabla 15).

Tabla 15

*Distribución de la muestra en el Patrón Clínico Histriónico según sexo*

Histriónico	Sexo				Total	%
	Varón	%	Mujer	%		
Categoría						
Nulo, bajo y sugestivo	43	<b>86</b>	24	60	67	74.4
Moderado y elevado	7	14	16	<b>40</b>	23	25.6
<b>Total</b>	50	100	40	100	90	100

Como se observa en la Tabla 16, con respecto al Patrón Clínico Antisocial, en ambos sexos, los porcentajes en la categoría de moderado y elevado corresponden a 28% y 20% respectivamente, hallándose mayor predominio en los varones.

Tabla 16  
*Distribución de la muestra en el Patrón Clínico Antisocial según sexo*

Antisocial	Sexo					
	Varón	%	Mujer	%	Total	%
Nulo, bajo y sugestivo	36	72	32	80	68	75.56
Moderado y elevado	14	<b>28</b>	8	<b>20</b>	22	24.44
<b>Total</b>	50	100	40	100	90	100

Se aprecia en la Tabla 17 que, con respecto al sexo, el Patrón Clínico Agresivo Sádico indica porcentajes significativos en las categorías de moderado y elevado en ambos sexos (38% varones y 30% mujeres); sin embargo, se observa un mayor predominio en el grupo de varones, en esta categoría.

Tabla 17  
*Distribución del Patrón Clínico Agresivo Sádico según sexo*

Agresivo Sádico	Sexo					
	Varón	%	Mujer	%	Total	%
Nulo, bajo y sugestivo	31	62	28	70	59	65.56
Moderado y elevado	19	<b>38</b>	12	<b>30</b>	31	34.44
<b>Total</b>	50	100	40	100	90	100

Como se puede observar en la Tabla 18, de acuerdo a los resultados hallados con la prueba de independencia Chi cuadrada de Pearson no se ha encontrado relación significativa ( $p < 0.05$ ) entre los patrones clínicos y la condición civil de los participantes de la muestra.

Tabla 18

*Coefficientes de asociación entre patrones clínicos y condición civil (soltero, casado, divorciado, viudo, conviviente, separado)*

Patrones clínicos	Chi-cuadrado de Pearson	Sig. asintótica (bilateral)
1: Esquizoide	5,475	,361
2: Evitativo	4,773	,444
3: Dependiente	6,149	,292
4: Histriónico	3,955	,556
5: Narcisista	2,155	,827
6A: Antisocial	3,598	,609
6B: Agresivo Sádico	5,163	,396
7: Compulsivo	3,333	,649
8A: Pasivo-agresivo	6,193	,288
8B: Autoderrotista	7,249	,203

N= 90, p<0.05

## B. Dimensión Sociocultural:

Tabla 19

*Relación entre Patrones Clínicos de la Personalidad y Nivel de Instrucción*

Patrones Clínicos	Grado de Instrucción	
	Rho de Spearman	Sig. (bilateral)
1: Esquizoide	.007	.951
2: Evitativo	-,291**	.005
3: Dependiente	-,240*	.023
4: Histriónico	-,310**	.003
5: Narcisista	-.174	.102
6A: Antisocial	-.123	.247
6B: Agresivo Sádico	-.153	.151
7: Compulsivo	-.051	.633
8A: Pasivo-agresivo	-.169	.111
8B: Autoderrotista	-,305**	.003

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En la Tabla 19, se aprecia una relación significativa negativa; de intensidad débil entre los patrones clínicos Evitativo, Dependiente, Histriónico y Autoderrotista con el nivel de instrucción, ( $r = -0,291, -0,240, -0,310$  y  $-0,305$  respectivamente).

### **Condición Laboral**

En la presente Tabla 20, se observa que no existe relación significativa entre patrón clínico Evitativo y la condición laboral, la probabilidad de significancia es mayor a ,05.

Tabla 20

*Coefficientes de asociación entre patrones clínicos de personalidad y condición laboral (Desocupado, fijo/estable y eventual)*

<b>Patrones Clínicos</b>	<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	<b>Sig. asintótica (bilateral)</b>
1: Esquizoide	3,666	,160
2: Evitativo	11,501	,383
3: Dependiente	2,441	,295
4: Histriónico	1,889	,389
5: Narcisista	,170	,918
6A: Antisocial	1,404	,495
6B: Agresivo Sádico	,916	,632
7: Compulsivo	2,875	,238
8A: Pasivo-agresivo	2,875	,238
8B: Autoderrotista	4,889	,087

N= 90,  $p < 0.05$

### **Consumo de sustancias psicoactivas**

De acuerdo a los resultados hallados con la prueba de independencia Chi cuadrada de Pearson, se observa en las Tablas 21, 22 y 23, que no se ha encontrado relación significativa entre los patrones clínicos de personalidad y el consumo de drogas ilegales, cigarrillos y alcohol respectivamente, en la muestra investigada.

Tabla 21

*Coeficiente de asociación de patrones clínicos y consumo de drogas ilegales.*

<b>Patrones Clínicos</b>	Chi-cuadrado de Pearson	Sig. asintótica (bilateral)
Esquizoide	,046	,830
Evitativo	,106	,745
Dependiente	,002	,963
Histriónico	,225	,635
Narcisista	,935	,334
Antisocial	1,650	,199
Agresivo sádico	,115	,735
Compulsivo	1,929	,165
Pasivo agresivo	,580	,446
Autoderrotista	,029	,866

Tabla 22

*Coeficiente de asociación de patrones clínicos y consumo de cigarrillos*

<b>Patrones Clínicos</b>	Chi-cuadrado de Pearson	Sig. asintótica (bilateral)
Esquizoide	,003	,955
Evitativo	,270	,604
Dependiente	3,430	,064
Histriónico	1,743	,187
Narcisista	2,130	,144
Antisocial	,342	,559
Agresivo Sádico	,769	,381
Compulsivo	,004	,951
Pasivo Agresivo	,138	,710
Autoderrotista	1,201	,273

Tabla 23

*Coeficiente de asociación patrones clínicos y consumo de alcohol*

<b>Patrones Clínicos</b>	Chi cuadrado de Pearson	Sig. asintótica (bilateral)
Esquizoide	3,624	,057
Evitativo	2,899	,089
Dependiente	,317	,573
Histriónico	3,302	,069
Narcisista	2,203	,138
Antisocial	,694	,405
Agresivo Sádico	,072	,788
Compulsivo	,519	,471
Pasivo Agresivo	,080	,778
Autoderrotista	1,134	,287

### C. Dimensión Familiar:

En la Tabla 24, se observa el valor de la prueba chi cuadrado calculada que indica una relación significativa solo entre el patrón clínico Histriónico y la composición familiar ( $X^2 = 11,077$ ,  $gl = 1$ ,  $p < .05$ ); el estadístico V de Cramer indica que dicha relación es de intensidad débil.

Tabla 24

*Coeficiente de asociación de patrones clínicos y composición familiar*

Patrones Clínicos	Chi cuadrado de Pearson	Sig. asintótica (bilateral)	V de Cramer	Sig Aprox
Esquizoide	,929a	,920		
Evitativo	7, 474a	,113		
Dependiente	8, 181a	,085		
Histriónico	11,077a	,026	0.351	0.026
Narcisista	6, 804a	,147		
Antisocial	7, 630a	,106		
Agresivo sádico	5, 924a	,205		
Compulsivo	5, 750a	,219		
Pasivo agresivo	5, 567a	,234		
Autoderrotista	5, 387a	,250		

Respecto del patrón clínico Histriónico y su relación con la composición familiar de la muestra en estudio se observan mayores porcentajes en los tipos nuclear (31.12%) y monoparental (25.5%) ubicándose ambos en las categorías de nulo, bajo y sugestivo. En tanto que los mismos alcanzan igual porcentaje (8.9%) en las categorías moderado y elevado (Tabla 25).

Tabla 25

*Distribución del Patrón Clínico Histriónico según composición familiar*

Histriónico Composición familiar	Categoría			
	Nulo, bajo y sugestivo	%	Moderado-elevado	%
Monoparental	23	25.5	8	8.9
Nuclear	28	31.12	8	8.9
Reconstituida	9	10	0	0
No parental	2	2.23	5	5.56
Otros	5	5.56	2	2.23
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>74.41</b>	<b>23</b>	<b>25.59</b>

### **Conducta disfuncional del padre**

En la Tabla 26, se aprecia que el valor de la prueba chi cuadrado calculada muestra la asociación entre el patrón clínico de personalidad Antisocial y la conducta habitual del padre para varones. Existiendo una relación altamente significativa ( $X^2 = 7,028$ ,  $gl = 1$ ,  $p < .01$ ); el estadístico V de Cramer indica que dicha relación es de intensidad débil.

Tabla 26

*Estadísticos de asociación entre patrón clínico de Personalidad Antisocial y conducta habitual del padre para varones*

	<b>Valor</b>	<b>Sig. Exacta</b>
Chi-cuadrado de Pearson	7,028	,008
V de Cramer	,375	,008

N= 90,  $p < 0.05$

### **Conductas disociales**

Tabla 27

*Coefficientes de relación entre Patrones Clínicos de Personalidad y fuga del hogar*

<b>Patrones Clínicos</b>	<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	<b>Sig.</b>	<b>V de Cramer</b>	<b>Sig.</b>
1: Esquizoide	,696	,751	-	-
2: Evitativo (hombres)	9,223	,002	,429	,002
3: Dependiente	,310	,857	-	-
4: Histriónico	3,429	,064		
5: Narcisista (mujeres)	5,507	,019	,371	,019
6A: Antisocial	4,695	,096	-	--
6B: Agresivo Sádico	,205	,650		
7: Compulsivo	,186	1,000	-	-
8A: Pasivo-agresivo (hombres)	4,520	,033	,356	,020
8B: Autoderrotista	2,509	,285	-	-

N= 90,  $p < 0.05$

En la Tabla 27, el valor de la prueba chi cuadrado calculada indica la asociación entre los patrones clínicos Evitativo (hombres), Narcisista (mujeres) y Pasivo - agresivo (hombres) con la fuga del hogar, existiendo así una relación significativa

( $X^2 = 9,223$ ,  $gl = 1$ ,  $p < .01$ ), ( $X^2 = 5,507$ ,  $gl = 1$ ,  $p < .05$ ) y ( $X^2 = 4520$ ,  $gl = 1$ ,  $p < .05$ ); el estadístico V de Cramer indica que dichas relaciones son de intensidad moderado, débil y débil respectivamente.

### **Pertenencia a barras bravas**

En la Tabla 28, se indica que el valor de la prueba chi cuadrado calculada evidencia una relación significativa entre la pertenencia o no a “barras bravas” con los patrones clínicos Evitativo ( $X^2 = 5,119$ ,  $gl = 1$ ,  $p < .05$ ) y Agresivo sádico ( $X^2 = 4,098$ ,  $gl = 1$ ,  $p < .05$ ); y una relación altamente significativa en el patrón clínico Antisocial ( $X^2 = 26,929$ ,  $gl = 1$ ,  $p < .01$ ).

Tabla 28

*Distribución de la muestra en los Patrones Clínicos según la pertenencia o no a “barras bravas”*

Patrones Clínicos	Chi-cuadrado de Pearson	Sig. asintótica (bilateral)	V de Cramer	Sig Aproximada
Esquizoide	,342	,559		
Evitativo	5,119	,024	0.238	0.24
Dependiente	2,130	,144		
Histriónico	3,386	,066		
Narcisista	1,690	,194		
Antisocial	26,929	,000	0.547	0.000
Agresivo sádico	4,098	,043	0.213	0.043
Compulsivo	2,980	,084		
Pasivo agresivo	1,321	,250		
Autoderrotista	3,138	,076		

De acuerdo con los resultados obtenidos en la presente investigación sobre la relación entre los factores psicosociales y características de personalidad en internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho (varones) y Santa Mónica (mujeres). Conforme se aprecia en los datos estadísticos indicados en las respectivas tablas se puede decir que existe relación entre algunos factores psicosociales (Edad, sexo, grado de instrucción, composición familiar, conducta habitual del padre para varones, fuga del hogar y pertenencia o no a “barras bravas”) y los patrones clínicos de personalidad; por lo tanto, se comprueba la hipótesis alterna.

## 4.2.2 FACTORES PSICOSOCIALES

H<sub>0</sub> No existe relación entre los factores psicosociales y la patología severa de la personalidad en internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho (varones) y Santa Mónica (mujeres).

H<sub>2</sub> Existe relación entre los factores psicosociales y la patología severa de la personalidad en internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho (varones) y Santa Mónica (mujeres).

### A. Dimensión Sociodemográfica:

En la Tabla 29, el valor de la prueba chi cuadrado calculada evidencia que no existe ninguna asociación entre las escalas clínicas de Patología severa y la edad.

Tabla 29

*Coefficientes de asociación de patologías severas y edad (Grupo etario: Adulto Joven (18-29 años), Adulto (30 a 59 años) Adulto Mayor (60 -75 años)*

Patología Severa	Chi-cuadrado de Pearson	Sig. asintótica (bilateral)
S: Esquizotípico	3,371	,498
C: Borderline	8,113	,088
P: Paranoide	8,203	,084

N= 90, p<0.05

En la Tabla 30, se aprecia que existe una relación altamente significativa y de intensidad baja entre la escala de patología severa Borderline y el sexo ( $X^2 = 7,089$ , gl = 1, p <.01).

Tabla 30

*Coefficientes de asociación entre patologías severas y sexo*

Patología severa de personalidad	Chi-cuadrado de Pearson	Sig. asintótica (bilateral)	V de Cramer	Sig.
S: Esquizotípico	,036	,850	-	-
C: Borderline	7,089	,008	,316	,004
P: Paranoide	1,115	,573	-	-

N= 90, p<0.05

Como se observa en la Tabla 31, solo el grupo de varones obtuvo el 20% en la categoría de moderado y elevado en esta escala de personalidad; en tanto que el 100% de mujeres se ubicó en las categorías nulo, bajo y sugestivo.

Tabla 31

*Distribución de la muestra en la Patología Severa Borderline según sexo*

Borderline	Sexo		Sexo		Total	%
	Varón	%	Mujer	%		
Categoría						
Nulo, bajo y sugestivo	40	80	40	100	80	88.9
Moderado y elevado	10	20	0	0	10	11.1
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>90</b>	<b>100</b>

En la Tabla 32, los valores indican que no existe relación significativa entre las escalas de patología severa (Esquizotípico, Borderline y Paranoide) y la condición civil ( $p > 0.05$ ).

Tabla 32

*Coefficientes de asociación entre Patologías Severas y condición civil (soltero, casado, divorciado, viudo, conviviente, separado).*

Patología Severa	Chi-cuadrado de Pearson	Sig. asintótica (bilateral)
S: Esquizotípico	3,011	,698
C: Borderline	4,596	,467
P: Paranoide	2,419	,789

N= 90,  $p < 0.05$

## B. Dimensión Sociocultural:

Tabla 33

*Relación entre patologías severas y Nivel de Instrucción*

Patología severa	Grado de Instrucción	
	Rho de Spearman	Sig. (bilateral)
S: Esquizotípico	-,290**	.006
C: Borderline	-,320**	.002
P: Paranoide	-.144	.175

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En la Tabla 33, se observa que existe una relación negativa, débil y altamente significativa entre las escalas de patología severa Esquizotípico y Borderline con el grado de instrucción ( $\rho = -.290$  y  $-.320$ .  $p < 0.01$ ).

En la Tabla 34, el valor de la prueba chi cuadrado calculada no indica asociación entre las escalas clínicas de Patologías severas y la condición laboral. ( $p > 0.05$ )

Tabla 34

*Coefficientes de asociación entre patologías severas y condición laboral (Desocupado, fijo/estable y eventual)*

Patología severa	Chi-cuadrado de Pearson	Sig. asintótica (bilateral)
S: Esquizotípico	1,697	,428
C: Borderline	1,675	,433
P: Paranoide	1,653	,438

N= 90,  $p < 0.05$

En las Tablas 35, 36 y 37 indican que el valor de la prueba chi cuadrado calculada solo existe relación significativa entre la patología severa Borderline ( $X^2 = 4,821$ ,  $p > 0.05$ .) y consumo de drogas ilegales

Tabla 35

*Coefficientes de asociación entre patologías severas y consumo de drogas ilegales*

Patología Severa	Chi-cuadrado de Pearson	Sig. asintótica (bilateral)
Esquizotípico	,095	,758
Borderline	4,821	,028
Paranoide	,306	,580

Tabla 36

*Coefficiente de asociación entre patología severa y consumo de cigarrillos*

Patología Severa	Chi-cuadrado de Pearson	Sig. Asintótica (bilateral)
Esquizotípico	,243	,622
Borderline	,038	,845
Paranoide	,087	,768

Tabla 37

*Coefficiente de asociación entre patología severa y consumo de alcohol*

<b>Patología Severa</b>	<b>Chi cuadrado de Pearson</b>	<b>Sig. asintótica (bilateral)</b>
Esquizotípico	2,075	,150
Borderline	,662	,416
Paranoide	,015	,902

### **C. Dimensión Familiar:**

En la Tabla 38, el valor de la prueba chi cuadrado calculada indica que no existe relación significativa entre las escalas clínicas de patologías severas (Esquizotípico, Borderline y Paranoide) y la composición familiar ( $p > 0.05$ ).

Tabla 38

*Coefficiente de asociación entre patologías severas y composición familiar*

<b>Patología Severa</b>	<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	<b>Sig. asintótica (bilateral)</b>
Esquizotípico	,264	,992
Borderline	4,101	,393
Paranoide	4,157	,385

En la Tabla 39, el valor de la prueba chi cuadrado calculada señala la existencia de relación altamente significativa entre fuga del hogar con la escala clínica de patología severa Esquizotípico ( $X^2 = 7,845$  gl = 1,  $p < 0.01$ ), Borderline ( $X^2 = 4,520$  gl = 1,  $p < 0.05$ ) y Paranoide ( $X^2 = 4,218$  gl = 1,  $p < 0.05$ ). De dichas relaciones de acuerdo con la docimasia V de Cramer son de intensidad moderada, débil y débil respectivamente.

Tabla 39

*Coefficientes de relación entre las Patologías Severas y fuga del hogar*

<b>Patologías Severas</b>	<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	<b>Sig.</b>	<b>V de Cramer</b>	<b>Sig.</b>
S: Esquizotípico (hombres)	7,845	,005	,457	,004
C: Borderline (hombres)	4,520	,033	,356	,020
P: Paranoide (hombres)	4,218	,040	,341	,029

En la Tabla 40, se aprecia que el valor de la prueba chi cuadrado calculada indica que no existe relación significativa entre las escalas clínicas de patologías severas (Esquizotípico, Borderline y Paranoide) y la conducta disfuncional del padre ( $p > 0.05$ ).

Tabla 40

*Coefficientes de relación entre las Patologías Severas y Conducta disfuncional del padre*

<b>Patología Severa</b>	<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	<b>Sig. asintótica (bilateral)</b>
Esquizotípico	,292	,589
Borderline	,183	,669
Paranoide	1,206	,272

Se observa que en la Tabla 41, el valor de la prueba chi cuadrado calculada hace referencia a la relación débil pero altamente significativa existente entre la escala clínica de patología severa Borderline y la pertenencia a barras bravas ( $X^2 = 7,991$  gl = 1,  $p < 0.01$ ). La docimasia V de Cramer indica que dicha relación es de intensidad débil.

Tabla 41

*Coefficientes de relación entre las Patologías Severas y pertenencia a barras bravas*

<b>Patologías Severas</b>	<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	<b>Sig.</b>	<b>V de Cramer</b>	<b>Sig.</b>
S: Esquizotípico	,973	,324	-	-
C: Borderline (varones y mujeres)	7,991	,005	,298	,005
P: Paranoide	,918	,338	-	-

N= 90,  $p < 0.05$

Acorde con los resultados obtenidos en la presente investigación “Relación entre los factores psicosociales y características de personalidad en internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho (varones) y Santa Mónica (mujeres)”. De los datos estadísticos indicados en las respectivas tablas se puede expresar que existe relación entre

algunos factores psicosociales (sexo, nivel de instrucción, consumo de drogas ilegales, fuga del hogar y pertenencia a barras bravas) y la patología severa de la personalidad. Por lo tanto, se comprueba la hipótesis alterna.

### 4.2.3 FACTORES PSICOSOCIALES

H<sub>0</sub>: No existe relación directa entre los factores psicosociales y los síndromes clínicos de personalidad en internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho (varones) y Santa Mónica (mujeres).

H<sub>3</sub>: Existe relación directa entre los factores psicosociales y los síndromes clínicos de personalidad en internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho (varones) y Santa Mónica (mujeres).

#### A. Dimensión Sociodemográfica:

Se observa en la Tabla 42 que de acuerdo al estadístico Chi cuadrado de Pearson, la escala Ansiedad se relaciona con el grupo etario, al obtener una probabilidad de significancia =,023, con una intensidad moderada de acuerdo al estadístico V de Cramer (,401).

Tabla 42

*Coefficiente de asociación entre síndromes clínicos y edad (Grupo etario: Adulto Joven (18-29 años), Adulto (30 a 59 años) Adulto Mayor (60 -75 años)*

Escalas Clínicas	Chi-cuadrado de Pearson	Sig. asintótica (bilateral)	V de Cramer	Sig.
A: Ansiedad	11,336	,023	,401	,006
H: Somatomorfo	2,995	,559		
N: Bipolar	4,944	,293		
D: Distimia	6,534	,163		
B: Dependencia alcohol	4,606	,330		
T: Dependencia drogas	2,685	,612		

N= 90, p<0.05

Se puede apreciar que los valores chi cuadrado ( $X^2$ ) para los síndromes clínicos como la Ansiedad ( $X^2 = 6,230$ ), Somatoforme ( $X^2 = 5,188$ ), Distimia ( $X^2 = 6,095$ ), Dependencia al alcohol ( $X^2 = 6,125$ ) y Dependencia a drogas ( $X^2 = 7,313$ ), presenta niveles de significancia menores a 0.05, lo que sugiere relación significativa entre dichas escalas y la variable sexo; sin embargo, la fuerza de relación entre estas variables es débil, según el coeficiente V de Cramer (Tabla 43).

Tabla 43  
*Coefficientes de asociación entre síndromes clínicos y sexo*

Síndromes Clínicos	Chi-cuadrado de Pearson	Sig. asintótica (bilateral)	V de Cramer	Sig.
A: Ansiedad	6,230	,041	,260	,016
H: Somatoforme	5,188	,023	,279	,008
N: Bipolar	1,076	,584	-	-
D: Distimia	6,095	,014	,260	,016
B: Dependencia alcohol	6,125	,013	,298	,009
T: Dependencia drogas	7,313	,007	,285	,010

N= 90,  $p < 0.05$

En relación a la escala Ansiedad y el sexo, el 28% de los varones obtuvo una categoría de Moderado y elevado, y el 92.5% del grupo de mujeres se ubicó en la categoría de Nulo-bajo-sugestivo (Tabla 44).

Tabla 44  
*Distribución de la muestra en la escala de Ansiedad, según sexo*

Ansiedad	Sexo					
	Varón	%	Mujer	%	Total	%
Nulo, bajo y sugestivo	36	72	37	92.5	73	81.1
Moderado y elevado	14	28	3	7.5	17	18.9
<b>Total</b>	50	100	40	100	90	100

En la escala Somatoforme, sólo el grupo de varones en un 16% se ubicaron en la categoría de Moderado y elevado; en tanto que las mujeres en su totalidad (100%) se hallaron en la categoría Nulo-bajo-sugestivo (Tabla 45).

Tabla 45  
*Distribución de la muestra en la escala Somatoforme según sexo*

Somatoforme Categoría	Varón		Mujer		Total	%
	N	%	N	%		
Nulo, bajo y sugestivo	42	84	40	100	82	84
Moderado y elevado	8	16	0	0	8	16
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>90</b>	<b>100</b>

Respecto a la variable sexo, la Distimia tiene un mayor predominio en los varones 28% al alcanzar una categoría de Moderado y elevado; en tanto que las mujeres en un mayor porcentaje (92.5%) se ubicaron en la categoría Nulo-bajo-sugestivo (Tabla 46).

Tabla 46  
*Distribución de la muestra en la escala Distimia según sexo*

Distimia Categoría	Varón		Mujer		Total	%
	N	%	N	%		
Nulo, bajo y sugestivo	36	72	37	92.5	73	81.1
Moderado y elevado	14	28	3	7.5	17	18.9
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>90</b>	<b>100</b>

Con relación a la escala de Dependencia al alcohol el 8% de los varones obtuvo una categoría de Moderado y elevado, y el 100% del grupo de mujeres se situaron en la categoría Nulo-bajo-sugestivo (Tabla 47).

Tabla 47  
*Distribución de la muestra en la escala Dependencia al alcohol según sexo*

Dependencia al Alcohol Categoría	Varón		Mujer		Total	%
	N	%	N	%		
Nulo, bajo y sugestivo	41	82	40	100	81	90
Moderado y elevado	9	8	0	0	9	10
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>90</b>	<b>100</b>

El Síndrome Clínico Dependencia a Drogas, se presenta con mayor prevalencia (22%) en los varones a diferencia del grupo de mujeres (2%), especialmente en la categoría de Moderado y elevado del MCMI-2 (Tabla 48).

Tabla 48

*Distribución de la muestra en la escala Dependencia drogas según sexo*

Dependencia drogas	Sexo				Total	%
	Varón	%	Mujer	%		
Nulo, bajo y sugestivo	39	78	39	98	78	86.7
Moderado y elevado	11	22	1	2	12	13.3
<b>Total</b>	50	100	40	100	90	100

En la presente tabla, no se encuentra relación entre los síndromes clínicos y la condición civil de la muestra investigada (Tabla 49).

Tabla 49

*Coefficiente de asociación en los Síndromes Clínicos y la condición civil (soltero, casado, divorciado, viudo, conviviente, separado)*

Síndromes Clínicos	Chi-cuadrado de Pearson	Sig. asintótica (bilateral)
A: Ansiedad	7,545	,183
H: Somatoforme	6,703	,244
N: Bipolar	2,629	,757
D: Distimia	8,331	,139
B: Dependencia alcohol	9,103	,105
T: Dependencia drogas	8,491	,131

N= 90, p<0.05

## B. Dimensión Sociocultural:

La Tabla 50, refleja los coeficientes de relación Rho de Spearman para las escalas clínicas y el grado de instrucción de los/las participantes; todas las relaciones significativas tanto al 0.01 como al 0.05 entre las variables mencionadas fueron negativas y de intensidad débil. Los síndromes clínicos que obtuvieron un coeficiente mayor fueron la escala de Ansiedad (-,284), Bipolar (-0.39), Dependencia al alcohol (-0.33) y Dependencia a drogas (-.211).

Tabla 50

*Relación entre Síndromes Clínicos y Nivel de Instrucción*

Síndromes Clínicos	Rho de Spearman	Sig. (bilateral)
A: Ansiedad	-,284**	.007
H: Somatomorfo	-.061	.566
N: Bipolar	-,394**	.000
D: Distimia	-.160	.132
B: Dependencia alcohol	-,332**	.001
T: Dependencia drogas	-,211*	.046

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

### **Condición Laboral antes del Internamiento**

Con respecto a las variables Síndromes Clínicos y condición laboral la prueba chi cuadrada evidencia que no se observa significativa entre las variables (Tabla 51).

Tabla 51

*Coefficiente de asociación entre los Síndromes Clínicos y la condición laboral (Desocupado, fijo/estable y eventual)*

Síndromes Clínicos	Chi-cuadrado de Pearson	Sig. asintótica (bilateral)
A: Ansiedad	,837	,658
H: Somatomorfo	2,690	,261
N: Bipolar	2,781	,249
D: Distimia	,911	,732
B: Dependencia alcohol	,943	,624
T: Dependencia drogas	,605	,739

N= 90, p<0.05

### **Consumo de sustancias psicoactivas**

De los Síndromes Clínicos descritos en la Tabla 52, las escalas Somatoforme (p=,000) y Distimia (p=,022) se relacionan significativamente con el consumo de drogas. Estas relaciones según coeficiente de V de Cramer son de una intensidad baja.

Tabla 52

*Coefficiente de asociación entre los Síndromes Clínicos y el consumo de drogas*

Síndromes clínicos	Chi-cuadrado de Pearson	Sig. asintótica (bilateral)	V de Cramer	Sig. Aproximada
Ansiedad	2,904	,088		
Somatoforme	13,824	,000	0.392	0
Bipolar	2,360	,125		
Distimia	5,253	,022	0.242	0.022
Dependencia de alcohol	3,110	,078		
Dependencia de drogas	,897	,343		

Como se aprecia en las Tablas 53 y 54, no se encuentra relación significativa entre los Síndromes Clínicos y el consumo de alcohol ni de cigarrillos.

Tabla 53

*Coefficiente de asociación entre los Síndromes Clínicos y consumo de cigarrillos*

Síndromes clínicos	Chi-cuadrado de Pearson	Sig. asintótica (bilateral)
Ansiedad	,474	,491
Somatoforme	,313	,576
Bipolar	,219	,640
Distimia	,474	,491
Dependencia de alcohol	,135	,713
Dependencia de drogas	,494	,482

Tabla 54

*Coefficiente de asociación entre los Síndromes Clínicos y el consumo de alcohol*

Síndromes Clínicos	Chi cuadrado de Pearson	Sig. asintótica (bilateral)
Ansiedad	,004	,948
Somatoforme	,516	,472
Bipolar	,059	,807
Distimia	,004	,948
Dependencia de alcohol	,588	,443
Dependencia de drogas	,204	,652

### C. Dimensión Familiar,

#### Composición familiar

La Tabla 55, muestra que no existe relación significativa entre los Síndromes Clínicos y la composición familiar de los sentenciados por homicidios.

Tabla 55

*Coefficiente de asociación entre los Síndromes Clínicos y composición familiar*

<b>Síndromes Clínicos</b>	<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	<b>Sig. asintótica (bilateral)</b>
Ansiedad	2,619	,623
Somatoforme	4,264	,371
Bipolar	1,517	,824
Distimia	5,130	,274
Dependencia de alcohol	2,529	,639
Dependencia de drogas	4,219	,377

La conducta disfuncional del padre no se relaciona significativamente con los Síndromes Clínicos que presentan los internos sentenciados por homicidios (Tabla 56).

Tabla 56

*Coefficientes de relación entre las Patologías Severas y conducta disfuncional del padre*

<b>Síndromes Clínicos</b>	<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	<b>Sig. asintótica (bilateral)</b>
Ansiedad	,164	,686
Somatoforme	,001	,970
Bipolar	,347	,556
Distimia	,689	,406
Dependencia de alcohol	1,097	,295
Dependencia de drogas	2,159	,142

Los Síndromes Clínicos con la fuga del hogar de la muestra en estudio no tienen relación significativa, como se aprecia en la tabla observada (Tabla 57).

Tabla 57

*Coefficientes de relación entre Síndromes Clínicos y fuga del hogar*

<b>Síndromes Clínicos</b>	<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	<b>Sig.</b>
A: Ansiedad	4,958	,083
H: Somatomorfo	3,770	0,052
N: Bipolar	2,624	,105
D: Distimia	2,796	,267
B: Dependencia alcohol	3,932	,149
T: Dependencia drogas	3,135	,077

Con respecto, a la variable pertenencia a barras bravas existe relación significativa con todas las escalas que corresponden a los Síndromes Clínicos: Ansiedad, Somatoforme, Bipolar, Distimia y Dependencia de alcohol y drogas, sin embargo, estas relaciones de acuerdo con la docimasia V de Cramer son de intensidad baja (Tabla 58).

Tabla 58

*Coefficientes de relación entre Síndromes clínicos y pertenencia a barras bravas*

Síndromes Clínicos	Chi-cuadrado de Pearson	Sig. asintótica (bilateral)	V de Cramer	Sig Aproximada
Ansiedad	12,293	,000	0.37	0,000
Somatoforme	6,237	,013	0.263	0.013
Bipolar	4,677	,031	0.228	0.031
Distimia	7,850	,005	0.295	0.005
Dependencia de alcohol	4,865	,027	0.232	0.027
Dependencia de drogas	9,835	,002	0.331	0.002

De acuerdo a los resultados obtenidos se rechaza la hipótesis nula y acepta la H1, al encontrar relación entre los factores psicosociales y los síndromes clínicos de la personalidad en los internos sentenciados por homicidio de los Establecimientos Penitenciarios de Lurigancho e internas de Santa Mónica-Chorrillos.

#### **4.2.4 FACTORES PSICOSOCIALES**

H<sub>0</sub>: No existe relación directa entre los factores psicosociales y los síndromes graves de personalidad en internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho (varones) y Santa Mónica (mujeres).

H<sub>4</sub>: Existe relación directa entre los factores psicosociales y los síndromes graves de personalidad en internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho (varones) y Santa Mónica (mujeres).

## A. Dimensión Sociodemográfica:

Como se observa, en la Tabla 59 los Síndromes Severos y la edad de los sentenciados por homicidios no tienen relación significativa ( $p > ,05$ ).

Tabla 59

*Coefficiente de asociación entre los Síndromes Severos y edad (Grupo etario: Adulto Joven (18-29 años), Adulto (30 a 59 años) Adulto Mayor (60 -75 años))*

Síndrome Severo	Chi-cuadrado de Pearson	Sig. asintótica (bilateral)
SS: Desorden del pensamiento	3,443	,487
CC: Depresión mayor	3,832	,429
PP: Desorden delusional	6,385	,172

N= 90,  $p < 0,05$

Los Síndromes Severos y el sexo de los sentenciados por homicidios no tienen relación significativa ( $p > ,05$ ), como se aprecia en el coeficiente Chi cuadrado de Pearson (Tabla 60).

Tabla 60

*Coefficientes de asociación entre Síndromes Severos y sexo*

Síndromes severos	Chi-cuadrado de Pearson	Sig. asintótica (bilateral)
SS: Desorden del pensamiento	,157	,692
CC: Depresión mayor	,313	,574
PP: Desorden delusional	,187	,911

N= 90,  $p < 0,05$

Tabla 61

*Coefficiente de asociación entre Síndromes Severos y condición civil (soltero, casado, divorciado, viudo, conviviente, separado)*

Síndromes Severos	Chi-cuadrado de Pearson	Sig. asintótica (bilateral)
SS: Desorden del pensamiento	3,919	,561
CC: Depresión mayor	3,336	,648
PP: Desorden delusional	3,043	,693

N= 90,  $p < 0,05$

Con relación a la variable condición civil (Tabla 61), no se encuentra relación con los Síndromes Severos del Inventario Multifásico de Millon en la muestra estudiada ( $p > .05$ ).

## B. Dimensión Sociocultural

De acuerdo a las correlaciones obtenidas entre las variables Síndromes Severos y nivel de instrucción se hallan relaciones significativas entre las variables de estudio (Tabla 62), en todos los casos las correlaciones son negativas y de intensidad débil.

Tabla 62

*Relación entre Síndromes Severos y Nivel de Instrucción*

Síndromes Clínicos	Rho de Spearman	Sig. (bilateral)
SS: Desorden del pensamiento	-,303**	.004
CC: Depresión mayor	-,336**	.001
PP: Desorden delusional	-,212*	.044

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Se observa en la Tabla 63 que la relación indicada por el coeficiente Chi cuadrado de Pearson, es nula entre las variables características de Personalidad y condición laboral en la muestra de estudio.

Tabla 63

*Coeficiente de asociación de los Síndromes Severos y condición laboral (Desocupado, fijo/estable y eventual)*

Síndromes severos	Chi-cuadrado de Pearson	Sig. asintótica (bilateral)
SS: Desorden del pensamiento	,666	,717
CC: Depresión mayor	5,864	,053
PP: Desorden delusional	,890	,641

N= 90,  $p > 0.05$

Las conductas de consumo de drogas ilegales y drogas legales (cigarrillos y alcohol) y las características de personalidad, no se encuentran relaciones significativas, como se aprecia en las Tablas 64, 65 y 66.

Tabla 64

*Coefficiente de asociación de los Síndromes Severos y consumo de drogas ilegales*

<b>Síndromes Severos</b>	<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	<b>Sig. asintótica (bilateral)</b>
Desorden del Pensamiento	,044	,833
Depresión Mayor	,390	,533
Desorden Delusional	,073	,787

Tabla 65

*Coefficiente de asociación de los Síndromes Severos y consumo cigarrillos*

<b>Síndromes Severos</b>	<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	<b>Sig. asintótica (bilateral)</b>
Desorden del Pensamiento	,647	,421
Depresión Mayor	1,453	,228
Desorden Delusional	,845	,358

Tabla 66

*Coefficiente de asociación de los Síndromes Severos y consumo de alcohol*

<b>Síndromes Severos</b>	<b>Chi cuadrado de Pearson</b>	<b>Sig. asintótica (bilateral)</b>
Desorden del Pensamiento	,737	,391
Depresión Mayor	,120	,729
Desorden Delusional	,814	,367

### **C. Dimensión Familiar**

Tabla 67

*Coefficiente de asociación entre Síndromes Severos de la personalidad y composición familiar*

<b>Síndromes Severos</b>	<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	<b>Sig. asintótica (bilateral)</b>
Desorden del Pensamiento	2,895	,576
Depresión Mayor	3,068	,546
Desorden Delusional	8,102	,088

Según, los puntajes obtenidos (Tabla 67, 68, 69, 70), el coeficiente Chi Cuadrado de Pearson indican que los Síndromes Severos no se encuentran relacionadas

( $p > 0.05$ ) con la composición familiar, conducta disfuncional del padre, la fuga del hogar y pertenencia a barras bravas.

Tabla 68

*Coefficiente de asociación entre Síndromes Severos de la personalidad y la conducta disfuncional del padre*

Síndromes Severos	Chi-cuadrado de Pearson	Sig. asintótica (bilateral)
Desorden del Pensamiento	,358	,550
Depresión Mayor	,702	,402
Desorden Delusional	,002	,962

Tabla 69

*Coefficientes de relación entre Síndromes Severos y fuga del hogar*

Síndromes Severos	Chi-cuadrado de Pearson	Sig.
SS: Desorden del pensamiento	2,485	,301
CC: Depresión mayor	2,743	,261
PP: Desorden delusional	2,484	,331

N= 90,  $p > 0.05$

Tabla 70

*Distribución de la muestra en la escala Síndromes Severos según la pertenencia o no a "barras bravas"*

Síndromes Severos	Chi-cuadrado de Pearson	Sig. asintótica (bilateral)
Desorden del Pensamiento	2,961	,085
Depresión Mayor	1,453	,228
Desorden Delusional	,494	,482

De acuerdo a los resultados obtenidos se acepta la  $H_0$ , al no encontrar relación entre los factores psicosociales y los síndromes severos de la personalidad en los internos sentenciados por homicidio de los Establecimientos Penitenciarios de Lurigancho e internas de Santa Mónica-Chorrillos.

### 4.3 Discusión de Resultados

*De los factores psicosociales:*

La conducta homicida es un hecho de gran impacto social, que se ha convertido en uno de los indicadores más completos y precisos para medir la violencia; su incremento en nuestro medio genera que en nuestra sociedad surjan interrogantes, cuestionamiento y dudas respecto a este comportamiento, se busca una explicación en la personalidad del homicida y quizás también en la víctima; pues, es muy difícil comprender cómo un ser humano puede acabar con la vida de otro. Hoy en día, son muchos los enfoques psicológicos que explican la violencia en el hombre desde el psicoanálisis hasta las neurociencias, sin embargo, todas concurren en que existen estímulos o situaciones medioambientales y culturales que conllevan a desencadenar estas conductas.

A fin de hallar la relación entre los factores psicosociales y de personalidad que llevan a desencadenar conductas homicidas, se realizó un estudio en un grupo de homicidas varones y mujeres, en el cual se encontró que existe mayor porcentaje de homicidas solteros, con edad promedio de 39.5 años, y alto consumo de bebidas alcohólicas en ambos sexos (94%), factores que incrementan el riesgo de ejercer violencia contra los integrantes de la familia, según Murphy, O'Farrell, FalsStewart y Feehan, 2001; originando, que tanto víctima como agresor abandonen el hogar constituyendo así, una nueva estructura familiar monoparental, como se ha encontrado en el presente estudio (33%).

Dentro de la dimensión familiar, la conducta habitual de los padres hacia los hijos en un 74% fue violenta, ausente, indiferente y sobreprotectora, características disfuncionales que describe Kisker (1984) como actitudes perjudiciales que pueden convertirse en fuente de desajustes y aparición de patrones desadaptados de conducta, que se traducen en la aparición de conductas disociales como deserción escolar y fuga del hogar.

Datos importantes que no se han considerado dentro de los indicadores psicosociales es la relación de la víctima con el victimario que suman un 70% de víctimas que son familiares y/o conocidos del homicida y un 30% donde la víctima es desconocida; si tenemos un 30% de homicidas que se relacionan con “otros delincuentes” este porcentaje explicaría que las víctimas desconocidas (30%) son eliminadas por personas que tienen nexos con otros delincuentes por lo que el homicidio sería un acto “por encargo” o sicariato.

*De resultados del MCMI-II:*

Los patrones de personalidad con puntuaciones medias altas que presentan los internos (as) por homicidio son: el patrón Narcisista, Dependiente y Evitativo, grupo al que Millon clasificó como con “problemas Interpersonales” (Sánchez, 2003), el Narcisista (predominio en mujeres) propenso a la impulsividad e incapaz de ser empático; el dependiente (mayor en varones) con angustia e ira intensa ante el abandono, y el patrón evitativo donde la desconfianza social y sus reacciones desproporcionadas ante posibles peligros (Ortiz Tallo, 2013), pueden llevarlo a la comisión de este tipo de delitos. Obtienen puntajes elevados, además, el patrón Compulsivo, y el agresivo sádico, ambos integran el grupo de “personalidades con conflictos intrapsíquicos” (Millon & Davis, 1998), predominando en ellos los episodios de descontrol sobre la ira acumulada, conductas de control, autoritarismo, intolerancia, tendencia al prejuicio y más aún asociado a pensamientos obsesivos (compulsivos), precipitaría a la comisión de homicidios por celos o por agresiones desmedidas o por alguna situación con connotación sexual. Asimismo, el patrón de personalidad Esquizoide, representa una puntuación importante 25% de la muestra en estudio, Millon señala que es una personalidad con incapacidad para experimentar placer o dolor, se caracteriza por ser un pasivo espectador, ajeno a las gratificaciones y demandas afectivas y por lo tanto sus acciones son de una “refinada crueldad”, según describen Ribé, Martins y Pons (1990).

En relación a la patología severa, la personalidad Paranoide tiene una puntuación significativa, al tener características de desconfianza, tendencia al aislamiento y

su dificultad para establecer relaciones interpersonales puede generar situaciones de extrema violencia y atentar contra la vida de otras personas. Dentro de los síndromes severos, el desorden del pensamiento y delusional representan el 23% de la población de internos homicidas con puntuaciones entre moderado y elevado, es muy probable que características de personalidad pre mórbida (Pérez, 2009), asociada a las condiciones infrahumanas de los penales podría ser caldo de cultivo para desencadenar cuadros o sintomatología psicótica.

En cuanto a la diferencia entre el número de varones y mujeres homicidas, esta se relaciona con la validez de las pruebas psicológicas administradas y por el número de población existente en los establecimientos penitenciarios, donde los varones exceden en cantidad a las mujeres. Este hecho confirma los resultados obtenidos por Limaco et. al. (2010) donde indica la existencia de una mayor predisposición del sexo masculino a cometer actos ilícitos, en este caso homicidio en sus diversas modalidades.

#### *De las hipótesis de trabajo:*

Los resultados obtenidos en el presente estudio en cuanto a la dimensión sociodemográfica nos permiten observar que existe una relación significativa solo entre el patrón clínico dependiente ( $X^2=9,853$ ) y la edad. Si bien es cierto no se puede afirmar que existe una edad precisa o determinada para que una persona se convierta en homicida, sino que dicha conducta puede ser perpetrada a cualquier edad, por adolescentes e inclusive niños, pero son los adultos los que más muertes ejecutan; encontramos en la muestra que el grupo etario vienen a ser adultos situados en el rango de 30 a 39 años en mayor porcentaje (87%). Contemplando las características de la personalidad dependiente se trata de personas sumisas, necesitadas constantemente de aprobación y afecto (DSM-IV) y es el fuerte sentimiento de inseguridad y celos que desencadenan estados emocionales de ira, llevándolos incluso al homicidio; sin embargo, según López y Bueno (2003) los sujetos con este trastorno están más asociados a la complicidad de los delitos, dados que son personas de fácil manipulación por otros con los cuales tienen fuerte relación que lo arrastran en actos antisociales y criminales.

Al respecto de la edad en el estudio epidemiológico realizado por Quiroga (2006), entre hombres y mujeres homicidas, se encuentran resultados que ponen de manifiesto una dinámica de precocidad frente a la edad relacionada con la comisión de la conducta delictiva, en donde alrededor del 50% de los homicidas que participaron en la investigación tenían entre 20 a 30 años. Se aprecia por tanto un menor rango etario estableciéndose la diferencia (no coincidencia) entre dicho hallazgo y el presente estudio.

El patrón clínico histriónico en relación al sexo femenino (40%) adquiere un nivel de significancia moderado, caracterizándose por una orientación activa dependiente, suelen ser personas manipuladoras de sucesos a fin de ganar la atención del medio circundante dando apariencia de autoconfianza y serenidad; sin embargo, yace su necesidad de aceptación y aprobación. Sindicándonos su proclividad a una actuación de peligro, y según la teoría de Millon (1999), suele tener un estilo cognitivo pesimista, y en la búsqueda constante de obtener atención del entorno puede llevarlos a presentar conductas destructivas hacia sí mismos o con su medio.

Asimismo, los patrones clínicos antisocial y agresivo sádico adquieren un nivel de significancia moderado en ambos sexos, con mayor prevalencia en el masculino (antisocial 28% y agresivo sádico 38%); que el femenino (antisocial 20% y agresivo sádico 30%). Los resultados hacen referencia a un grupo de personas que se caracterizan por pertenecer al grupo de trastornos con desequilibrio interpersonal (antisocial y agresivo-sádico), siendo ambos impulsivos, insensibles, crueles, belicosos y agresivos. Acorde a este hallazgo se puede mencionar los estudios de Stone (2007) quien mediante datos biográficos diagnosticó a 79 asesinos en serie varones basándose en los criterios del DSM III-R y el DSM- IV; el 90% de la muestra cumplían los criterios para el TSP (trastorno sádico de personalidad) del DSM- III-R. Otros trastornos de la personalidad con alta prevalencia eran el antisocial (81%), además del narcisista (61%) y el esquizoide (48%).

De otro lado, los patrones clínicos evitativo, dependiente, histriónico y autoderrotista (valores Rho de Spearman -0.29, -0.24, -0.31 y -0.30 respectivamente), tienen una relación indirecta con el nivel de instrucción, es decir que a menor grado de instrucción de los homicidas mayor tendencia para atentar contra la vida de otros. Teniendo este grupo como factor común la dificultad para relacionarse con las personas de su entorno y careciendo de habilidades sociales, tendencia a la impulsividad y pobre empatía, sintomatología que constituye alteración en el bienestar y adaptación social que por las limitaciones educacionales no se logran manejar adecuadamente (Ortiz Tallo et al., 2006).

La condición laboral es un indicador que influye en la conducta homicida, la cual guarda estrecha relación con el fracaso en el proceso educativo que impide el éxito en el mundo laboral, de tal suerte que la ausencia de trabajo, las demandas sociales y necesidades de sobrevivencia originan una fuerte presión económica en las personas. Es así que el desempleo y la delincuencia se dan en paralelo y aunque no se puede hablar de una clara asociación entre ellos, dicha presión es vehículo hacia la conducta criminal (Ruiz, 2007). Sin embargo, se ha encontrado en el presente estudio que un gran porcentaje (68%) antes de ingresar a los penales tenían trabajos estables. Por lo que, en el patrón evitativo que son sujetos de orientación activo retraída, se encontró relación altamente significativa ( $X^2$  11,501) con respecto a la condición laboral.

La composición familiar (nuclear y monoparental) y la conducta habitual del padre presenta una relación altamente significativa con el patrón clínico antisocial ( $X^2=7,028$ ), es decir, la ruptura familiar asociada al estilo de crianza del padre: violenta, ausente e indiferente pueden convertirse en factores determinantes en la estructuración de la personalidad anormal de los individuos (Minuchin, 2003; Minuchin & Fishman, 1996). Considerando que los individuos con este trastorno provienen de hogares con una disciplina paterna inconsistente, se corrobora la relación encontrada en la presente investigación, entre el patrón clínico antisocial y el estilo de crianza, según Robins (1966); Patterson, De Baryshe y Ramsey, (1989),

Siguiendo con el análisis se puede expresar que una conducta consecuente de las familias disfuncionales es la fuga del hogar de los hijos. En la presente investigación se halló al respecto una asociación significativa con los patrones clínicos de personalidad evitativo  $X^2= 9,223$  (varones), narcisista  $X^2= 5,507$  (mujeres) y pasivo agresivo  $X^2= 4,520$ ; caracterizados por su dificultad en las relaciones interpersonales (DSM IV-TR); coincidiendo con Orozco (2014), quien indica que un niño en abandono es vulnerable a estos trastornos de personalidad, por presentar serias dificultades en (el desarrollo de habilidades sociales) las relaciones interpersonales, pues su sensibilidad a emociones se encuentran limitadas o disminuidas. Es así que el niño al fugarse del hogar fragmenta su vínculo afectivo familiar distorsionando sus esquemas conscientes o inconscientes (Marrone, 2001), con los que se debe relacionar, originando en el futuro rasgos de patrones clínicos de personalidad.

Encontramos en el presente estudio que el patrón clínico antisocial ( $X^2= 26,929$ ) y la patología severa borderline ( $X^2=7,991$ ) tienen una relación altamente significativa con la pertenencia a barras bravas, del mismo modo se aprecia una asociación significativa, con los patrones clínicos evitativo ( $X^2=5,119$ ) y agresivo sádico ( $X^2=4,098$ ); entendiendo que estas personas durante el desarrollo de su estadio evolutivo adolescente y juvenil han podido afiliarse a estos grupos inadecuados en búsqueda de reconocimiento, afecto, como reconstrucción de su identidad, valoración e integración. Así tenemos, coincidentemente según Garbarino (1977) que sus características comunes de impulsividad, inestabilidad y violencia, no sólo se explican con la pertenencia a estos grupos, sino a otros factores que concomitantemente desencadenaron estos trastornos (violencia intrafamiliar, consumo de sustancias, carencias afectivas, entre otros).

En la escala clínica borderline se encontró una relación altamente significativa en los varones; coincidiendo con los estudios realizados por Andrulomis y colaboradores (citados en Marinópulos y Ruiz Huidobro, 1991), en donde los varones presentan más comportamientos inaceptables que las mujeres, pero en cambio muestran menor sintomatología depresiva que ellas.

Asimismo, respecto al nivel de instrucción y consumo de drogas ilegales, además de las conductas disociales como fuga del hogar y pertenencia a barras bravas se relacionan con la patología borderline, el cual destaca por su inestabilidad emocional con grandes oscilaciones de humor que los tornan socialmente incompetentes, hostiles, confusos (Millon 1990) y en respuesta a las vivencias que afectan muchas áreas de su vida, su personalidad proclive a una autoestima deficiente, fácilmente los orilla a recurrir al uso de sustancias psicoactivas que le permitirían desbloquear su parte afectiva. Son escasos los estudios que hacen referencia a esta patología severa de sujetos homicidas y consumo de sustancias psicoactivas, no obstante se puede mencionar a Fernández-Montalvo y Lorea (2007) quienes llevan a cabo un estudio sobre la relación de la comorbilidad de los trastornos de personalidad con el consumo de cocaína hasta el año 2007, donde señalan que la prevalencia de los Trastornos de personalidad alcanza aproximadamente al 66%, presentados en los Trastornos de Personalidad antisocial y borderline.

Referente a las patologías severas esquizotípico y paranoide se asocian de manera altamente significativa con la fuga del hogar, comportamiento resultante de hogares disfuncionales, ya sea por el maltrato de figuras parentales o de quien los representa. Proviene de un ambiente cargado de violencia que llega al abuso desde temprana edad que incita al niño o adolescente no solo a la deserción escolar sino a huir de casa, buscando cobijo en las calles encontrándose en riesgo y abandono moral; situación que se viene dando con un creciente aumento, recordemos a los denominados “pájaros fruteros” y “pirañitas”, invasores de las calles. Según Jara y Ferrer (2005), expresan entre otras circunstancias, que la familia disfuncional conlleva al brote de conductas agresivas de los jóvenes que buscan nuevos espacios sociales en las calles como vehículos de socialización. Al respecto, muchos estudios (Martínez et al., 2001; Vidal et al., 2004; Ortiz et al., 2006; González, 2007; Fernández et al., 2008; Molina et al., 2009; Pérez et al., 2010) han mostrado que, de los trastornos de personalidad, entre ellos el paranoide guarda una estrecha relación en desarrollar conductas delictivas especialmente el homicidio y lesiones personales.

Con relación a los síndromes clínicos, se halló en el grupo de varones niveles de ansiedad elevados que van en aumento con su edad cronológica, es decir a mayor edad mayores niveles de ansiedad que se explicaría por su situación carcelaria, vivir en condiciones inhumanas, pero sobre todo, vivir día a día en un clima de violencia, que se refleja en los diversos modelos de imponer la autoridad y ejercer control por parte de los encargados de los penales; asimismo, el clima de inseguridad y la lucha por la subsistencia en el Penal de varones (Lurigancho) donde la población carcelaria (9,067 internos) excede a lo permitido (3,204); resultados que coinciden con los estudios realizados por Arias, Canales y de la Torre (2004), quienes describen niveles altos de ansiedad denominado “patrón ansioso” en internos del penal de Socabaya-Arequipa.

Como síndromes clínicos se halló en los varones dependencia alcohol (8%) y drogas (22%) porcentajes mayores que en las mujeres, indicadores que se relacionan con el consumo habitual en edades tempranas y que se pueden considerar como factores de riesgo de la conducta violenta-homicida, información además obtenida por Limaco et al. (2010) quienes describen que un 23% de homicidas en su historia personal refirió consumo habitual de drogas legales e ilegales. Asimismo, existe correlación significativa entre el consumo de drogas y el síndrome clínico somatoforme y la distimia; con respecto al primero (síntomas corporales que no presentan ninguna causa orgánica demostrable- DSM IV), es frecuente en personas privadas de su libertad que buscan obtener ganancias secundarias y manipular a las autoridades carcelarias, desarrollando características de simulación, según Gallego y Herrera (2010); sin embargo, la dependencia a drogas ilegales reflejan otras patologías de su personalidad. Con respecto a la distimia se relaciona al igual que los niveles de ansiedad por el sistema carcelario y el daño psicosocial que genera este medio social nocivo (Acero, Escobar y Castellanos, 2007) y que incrementa su estado de tristeza y desesperanza generalmente frente a su futuro.

Otro hallazgo, en el presente estudio es la relación entre síndromes clínicos (ansiedad, somatoforme, bipolar, distimia, dependencia al alcohol y drogas) y la participación en barras bravas; teniendo en cuenta que las manifestaciones

ansiosas presentes en los síndromes clínicos son síntomas corporales de tensión física y aprensión respecto al futuro (Barlow y Durand 2013), con un inicio temprano (niñez) puede ser, incluso considerado como un factor de riesgo para el desarrollo de otros trastornos, principalmente depresivos o de uso/abuso de sustancias, que en el curso de su desarrollo van a interferir significativamente en el funcionamiento social, escolar y laboral (García, Piqueras, Díaz-Castela e Inglés, 2008) por las conductas disfuncionales que presentan.

Finalmente, se halló que no existe relación entre los factores psicosociales y los síndromes severos de la personalidad; teniendo en cuenta, que los internos por este delito son considerados imputables, es decir responsables de sus actos, por lo tanto, no presentaron evidencia de sintomatología psicopatológica como desorden del pensamiento, depresión mayor o desorden delusional. Sin embargo, según García y López (2003) la mayor parte de personas con sintomatología psicopatológica no comete delitos o su comportamiento no es violento, pero, existe mayor posibilidad que esta conducta se presente entre las personas con problemas de salud mental que entre aquellos que no los tienen, resultados que en esta muestra de estudio no se presenta.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1 Conclusiones

1. En la presente investigación, los resultados describen que la edad promedio de la muestra de homicidas oscila entre los 30 y 39 años; tienen estudios secundarios completos e incompletos; con ocupaciones fija/estable, proclives al consumo de sustancias nocivas; proceden de una estructura familiar nuclear y dinámica violenta por parte del padre. En mayor porcentaje (70%) se encontró que las víctimas fueron familiares o personas conocidas.
2. Dentro de las escalas clínicas de personalidad, los varones presentan un patrón clínico de personalidad Compulsivo, Dependiente y Esquizoide; en el caso de las mujeres presentan personalidad Narcisista y Compulsivo, y la Personalidad Evitativo en ambos sexos. Cabe indicar, que un 25 % presenta indicadores de síndromes severos: Desorden del Pensamiento y Desorden Delusional.
3. En el estudio realizado, el patrón clínico Dependiente se relaciona significativamente con la edad; y el patrón clínico histriónico con mayor frecuencia en el sexo femenino se relaciona con el sexo y la composición familiar. El patrón clínico antisocial y agresivo sádico se relacionan con el sexo masculino. El patrón clínico antisocial, se relaciona además, con la conducta habitual del padre (disfuncional) y pertenencia a barras bravas. Respecto a los patrones clínicos evitativo, dependiente, histriónico y auto

derrotista se halló una relación inversa con el nivel de instrucción. Se ha encontrado relación significativa entre el factor fuga del hogar y los varones con el patrón clínico evitativo y pasivo agresivo; y con el patrón clínico narcisista en mujeres.

4. La personalidad Borderline como patología severa guarda relación altamente significativa con el sexo masculino, nivel de instrucción y conductas disociales (fuga del hogar y pertenencia a barras bravas); y relación significativa con el consumo de sustancias psicoactivas (drogas ilegales). La patología severa esquizotípico tiene una relación altamente significativa con el nivel de instrucción y fuga del hogar; y la patología severa paranoide con la conducta disocial: fuga del hogar.
5. Los varones correlacionan mejor con los síndromes clínicos Ansiedad y Distimia; sin embargo, en ambos sexos el bajo grado de instrucción se asocia con el síndrome clínico Somatoformo, la Dependencia alcohol y Bipolaridad. Asimismo, todos los síndromes clínicos se han correlacionado con la conducta disocial: pertenencia a barras bravas. Los síndromes severos no se correlacionan con ningún factor psicosocial.

## 5.2 Recomendaciones

1. Que, las autoridades gubernamentales promuevan e instauren políticas públicas integradas, dirigidas a la prevención en salud mental, toda vez que existen evidencias de cómo diversos factores psicosociales emergen como facilitadores en conductas de gran violencia, como el delito Contra La Vida el Cuerpo y la Salud – homicidio, que día a día deteriora e impacta negativamente en nuestra sociedad.
2. Que, en la comunidad educativa conformada por el trinomio alumno, maestro y padre de familia se implanten estrechos vínculos orientados a ejecutar programas preventivos que incidan en una eficiente formación del ser humano a fin de construir factores protectores y brindar herramientas psicológicas que permitan un adecuado control emocional que eviten la presencia de conductas de extrema violencia.
3. En el contexto Forense, realizar investigaciones a fin de estudiar los aspectos psicosociales y características de personalidad inmediatamente después de ocurrido el hecho delictivo, lo que permitiría conocer con mayor exactitud acerca de la psicopatología homicida; ya que las condiciones carcelarias y la coexistencia con otros actores delincuenciales, podrían haber sido variables extrañas que interfirieron en los resultados del presente estudio.
4. En el ámbito de la Psicología Penitenciaria, promover una mayor captación de profesionales psicólogos que orienten su labor hacia el desarrollo de terapias específicas grupales e individuales, a fin de instaurar en los internos habilidades psicológicas que le permitan una adecuada gestión de sus impulsos y emociones, y lograr establecer relaciones interpersonales equilibradas y maduras.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acero, A., Escobar, F., y Castellanos, G. (2007). Factores de riesgo para violencia y homicidio juvenil. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1). Recuperado de <http://www.scielo.org.co/mailto:feescobar@unal.edu.co>
- Alarcón, P., Vinet, E. y Salvo, S. (2010). *Estilos de Personalidad y Desadaptación Social Durante la Adolescencia*. Tesis. Universidad de La Frontera.
- Alcázar M. y Bousor, J. (2008). *La Personalidad y la Criminología. Un Reto para la Psicología*. Anuario de Psicología Jurídica. España.
- Arias, W., Canales, F. y De la Torre. N. (2004). *Características psicopatológicas en los reclusos del Penal de Socabaya de Arequipa*. Arequipa: Universidad Católica San Pablo,
- Arranz, E., Oliva, A., Olabarrieta, F., Antolín, L. (2010). *Análisis comparativo de las nuevas estructuras familiares como contextos potenciadores del desarrollo psicológico infantil*. Sevilla – España.
- Barlow, D. y Durand, M. (2001) *Psicología anormal*. Un enfoque integral México DF: Thompson
- Barlow, D. y Durand M. (2013). *Essentials of Abnormal Psychology Psicopatología*. Canadá: Wadsworth Cengage Learning
- Blackburn, R. (1993). *The Psychology of Criminal Conduct: Theory, Research and Practice*. Wiley Series in Clinical Psychology. Michigan – EEUU.
- Boris, A. (2005). Factores psicosociales asociados a la delincuencia juvenil. *Psykhé*, 14-2.
- Bueno M. y López, E (2003). Psicopatología y características de personalidad en un grupo de agresores sexuales. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 3(2).
- Busch, A. y Rosenberg, M. (2004). Comparing women and men arrested for domestic violence: A preliminary report. *Journal of Family Violence*, 19, 49-57. doi: 10.1023/B:JOFV.0000011582.05558.2e.
- Bramont L., y García M. (2013). *Manual de derecho penal*. Lima: Edit San Marcos.
- Cardenal, V., Sánchez, M.P. & Ortiz Tallo, M. (2007). *Adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon – III (MCMI-III)*. Madrid: TEA, Ediciones.

- Celedón, J. (2011). *La inimputabilidad una Mirada desde lo psicopatológico*.  
Recuperado de <http://psicologiajuridica.org/archives/585>.
- Cerda, E. (1985). *Una psicología de hoy*. Barcelona: Herder.
- Choca, J. & Van Denburg E. (1998). *Guía para la interpretación del MCMI*.  
Barcelona: Paidós.
- Cloninger, S. (2003). *Teorías De La Personalidad*. México: Pearson Educación.,
- Condori y Cáceres (2008). *Los patrones básicos de personalidad de mujeres que cometieron delitos contra la vida, el patrimonio y contra la salud pública*.  
Arequipa.
- Craig, R.J. y Weinberg, D. (1992). Assessing drug abusers with the MC-MI: a review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 249-255.
- Danielli, J., (2008). *Estudio comparativo entre el perfil psicológico y los rasgos socio familiares de los internos en penales por delito contra el patrimonio en las modalidades de estafa y extorsión en Lima Metropolitana y Callao*.  
Lima -Perú.
- Domínguez, S. y Merino, C. (2015) ¿Por qué es importante reportar los intervalos de confianza del coeficiente alfa de Cronbach? *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, niñez y Juventud*, 13(2), 1326-1328.
- Dorado M. y Jane, M. (2001). *La conducta agresiva en preescolares: revisión de factores implicados y evolución*. *Psiquiatría.com*, 5(1).
- Eysenck, J. (1987). *Personalidad y diferencias individuales*. (5ªed.). Madrid: Pirámide.
- Femenia y Muñoz (2003). *Aspectos psicosociales de la Violencia Juvenil*.  
*Violencia y Familia*. Revista de Estudios de Juventud N° 62/03.
- Fernández-Montalvo, J. y Lorea, L. (2007). *Comorbilidad de la adicción a la cocaína con los trastornos de la personalidad*. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. España.
- Fernández-Montalvo, J y Echeburúa, E (2008). Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *Psicothema*, 20 (2), pp 193-198. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/3447.pdf>
- Fisher, R. A. (1950). *Statistical methods for research workers*. Edinburgh, UK: Oliver & Boyd.

- Franco, S. (2003). A social-medical approach to violence in Colombia. *Am J. Public Health*.
- Freud, S. (1986). *Introducción al Psicoanálisis*. (4ª ed.). Madrid: Alianza editorial.
- Gallego, J. y Herrera. (2010). *Rev. Esp. Sanidad Penitenciaria*, 12(2).
- Garbarino, J. (1977). The human ecology of child maltreatment: A conceptual model for research. *Journal of Marriage and the Family*, 39 (4), 721-735.
- García-López, L., Piqueras, J., Díaz-Castela, M. & Inglés, C. (2008). Trastorno de ansiedad social en la infancia y adolescencia: estado actual, avances recientes y líneas futuras. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 16/3.
- Garrido, A. y Álvaro, J. (2007). *Psicología Social: Perspectivas Psicológicas y Sociológicas*. (2ª ed). España.
- González, L. (2007). Características descriptivas de los delitos cometidos por sujetos con trastornos de la personalidad: motivaciones subyacentes, “modus operandi” y relaciones víctima-victimario. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 7(1),19-39. Recuperado de <http://www.masterforense.com/pdf/2007/2007art2.pdf>
- González, O., Pérez, N. & Redondo, M. (2007). Procesos básicos en una aproximación cognitivo-conductual a los trastornos de personalidad. *Clínica y salud*. 18 (3), 401-423.
- Gottfredson, M. y Hirschi, T. (1990). *Una teoría general del crimen*. Stanford University Press.
- Guerrero, R. (2003). *Violencia y exclusión: las experiencias de Cali y Bogotá, Colombia*. Washington: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento: Banco Mundial.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. (5ªed.). México: Ed. McGraw- Hill.
- Herrera, D. y Morales, H. (2005). Comportamiento antisocial durante la adolescencia: teoría, investigación y programas de prevención. *Revista de Psicología de la PUCP*, 23(2).
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2015). *Capítulo II. Muertes violentas asociadas a hechos delictivos dolosos. 2011-2015*.

[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1365/cap02.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1365/cap02.pdf)

- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (2012). *Abuso y adicción a las drogas. National Institute on Drug Abuse (NIDA)*. <https://www.drugabuse.gov/es/...drogas-el...adiccion/abuso-y-adiccion-las-drogas>
- Jara, M. y Ferrer, S. (2005). Genética de la Violencia. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 43(3), 188-200. Recuperado de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272005000300003](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272005000300003)
- Leonard, K. & Quigley, B. (1999). *Drinking and marital aggression in newlyweds: an event based analysis of drinking and the occurrence of husband marital aggression*. *Journal of studies on alcohol*, 60(4). 537-545.
- Limaco, M., Atúncar, R., Flor, D., Estrada, L., Alvarado, M. (2010). *Perfiles criminales: Una aproximación psicosocial hacia el criminal y sus víctimas*. Lima: Edit. G.M. Ediciones.
- Linares, J.L. (2006). *Las formas del abuso. La violencia física y psíquica en la familia y fuera de ella*. Barcelona: Paidós.
- López, E. y Bueno, M. (2003). *Psicopatología y características de la personalidad en un grupo de agresores sexuales*. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*.
- López, J. L. (2001). *Método e Hipótesis Científicos*. (7ªed.). México: Trillas.
- Lykken, D. T. (2000). *A study of anxiety in the sociopathic personality*. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 55, 6-10.
- Mamani, F. (2013) *Inteligencia emocional en mujeres homicidas y parricidas recluidas en el Penal de Santa Mónica*. Arequipa: Universidad San Agustín.
- Marinópulos, J. y Ruiz Huidobro, M. (1991). *Entre la neurosis y la psicosis*. Lima: Amaru.
- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Madrid: Editorial Psimática.
- Martínez, T. López, F y Díaz, M. (2001). Los trastornos de la personalidad en el derecho penal: estudio de casos del Tribunal Supremo. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 1 (1), 87-101.

- Megargee, E. (1966). *Undercontrolled and overcontrolled personality types in extreme anti-social aggression*. Psychological Monographs.
- Meil, L. (1998). *La sociología de la familia en España, 1978/1998*. REIS: Revista española de investigaciones sociológicas.
- Millán y Serrano (2002). *Psicología y Familia*. Cáritas Española, Editores.
- Millon, T. (1981). *Disorders of personality. DSM-III: Axis II*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Millon, T. (1990). *Toward a new personology: an evolutionary model*. Nueva York: Wiley-Interscience.
- Millon, T. (1999). *Trastornos de la personalidad más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T. y Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T., Everly, G. y Davis, R. (1995). *¿Cómo puede facilitarse la integración de la psicoterapia mediante el conocimiento de la psicopatología? Una perspectiva a partir de los trastornos de la personalidad*. Clínica y Salud.
- Millon, T. (1994). *Inventario Millon de Estilos de Personalidad*. (2ª ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Minuchin, S. & Fishman, H. (1996). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.
- Minuchin, S. (2003). *El arte de la terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Moffitt, T. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100(4), 674-701. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.100.4.674>
- Moffitt, T., Caspi, M., Rutter, M., & Silva, P. A. (2001). *Sex differences in antisocial behavior*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Molina, J., Trabazo, V., López, L. y Fernández, S. (2009). Delictología de los trastornos de personalidad y su repercusión sobre la imputabilidad. *EduPsykhé. Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 8(2),101-126. Recuperado de [http://www.ucjc.edu/pdf/publicaciones/edupsikhe/vol-8/cap2\\_vol8-2.pdf](http://www.ucjc.edu/pdf/publicaciones/edupsikhe/vol-8/cap2_vol8-2.pdf)
- Montaño, S., Palacios, M., & Gantiva, C. (2009). Teorías de la Personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. *Psychologia. Avances de la disciplina*.

- Morán, E. (2013). *Clinical and social aspects of risk-taking*. United States: Proc Royal Society of Medicine.
- Morris, G. & Maisto, A. (2005). *Psicología*. México: Prentice Hall.
- Murphy, C. M., O'Farrell, T. J., Fals-Stewart, W., y Feehan, M. (2001). Correlates of intimate partner violence among male alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69,528-540
- Oficina De Las Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito – UNODC- (2011). *Estudio Global sobre el homicidio* Recuperado de <https://www.unodc.org/peruandecuador/es/index.html>
- Oficina De Las Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito – UNODC- (2012). *Informe mundial sobre las drogas*. Recuperado de [https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR\\_2012\\_Spanish\\_web.pdf](https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_Spanish_web.pdf)
- Oficina De Las Naciones Unidas Contra Las Drogas Y El Delito – Unodoc- Reporte United Nations. Recuperado de [https://www.unodc.org/doc/wdr2013/World\\_Drug\\_Report\\_2013\\_Spanish.pdf](https://www.unodc.org/doc/wdr2013/World_Drug_Report_2013_Spanish.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud (2005). *La violencia, un problema de salud mundial*. Revista Futuros; 3(10).
- Orozco G.M (2014). *Psicología de la Violencia*. México: El Manual Moderno S.A
- Ortiz T. M. (2013). *Psicopatología Clínica, Adaptado al DSM-5*. España: Pirámide
- Ortiz, T., Fierro, A., Blanca, M., Cardenal, V. y Sánchez, L. (2006). Factores de personalidad y delitos violentos. *Psicothema*, 18,(3),459-464. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3238.pdf>
- Patterson, G. R., DeBaryshe, B. D., & Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*, 44(2), 329-335. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.44.2.329>
- Patterson, G. R., Reid, J. B., & Dishion, T. J. (1992). *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia.
- Pedrero, E. J., López, A. y Fernández, E. (2012). Dimensiones factoriales del cuestionario de Millon (MCMI-II) en adictos a sustancias. *Psicothema*, 24(4), 661-667. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/4069.pdf>

- Pérez, B; Rodríguez, F; Javier y Bringas Molleda, C (2010). Trastornos de personalidad y conducta delictiva. Análisis diferencial en una muestra de reclusos. En Francisca Expósito, M. Carmen Herrera, Gualberto Buela, Mercedes Novo y Francisca Farina (Eds), *Psicología Jurídica: áreas de investigación* (pp. 373-389). A Coruña: Xunta de Galicia.
- Pérez, Gutiérrez, Rodríguez, Herrero, Bringas. (2007). *Comportamiento Violento Hacia La Familia E. Historia Delictiva*. Universidad de Oviedo-España
- Pérez, L. (2009). *Factores psicosociales asociados a la conducta delictiva de los internos condenados por homicidio recluidos en la cárcel de máxima seguridad de Cómbita (Boyacá)*. Recuperado de <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/viewFile/116/228>
- Pervin, L & John, O. (1998). *Personalidad: teoría e investigación*. México: Manual Moderno.
- Pincus, J. (2001). *Basic Instincts: Whats Makes Killers Kill*. Washington: Norton.
- Prieto; G. y Delgado, A. R. (2010). Fiabilidad y validez. *Papeles del psicólogo*, 31(1), 67-74. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1797.pdf>
- Rocha,R. & Martinez,H. (2003). Pobreza, crimen y crecimiento regional en Colombia. *Archivos de Economía*. Documento 230. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Ricardo\\_Rocha14/publication/267633360\\_Crimen\\_pobreza\\_y\\_crecimiento\\_regional\\_en\\_Colombia/links/54556fc20cf26d5090a6fe4f/Crimen-pobreza-y-crecimiento-regional-en-Colombia.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Ricardo_Rocha14/publication/267633360_Crimen_pobreza_y_crecimiento_regional_en_Colombia/links/54556fc20cf26d5090a6fe4f/Crimen-pobreza-y-crecimiento-regional-en-Colombia.pdf)
- Romero, E., Luengo, A. y Gomez, A. (2000). Factores Psicosociales y Delincuencia: Un estudio de efectos recíprocos. *Universidad de Santiago de Compostela. Revista Escrito de Psicología*.
- Rothbart, M.K. Y Bates, J.E. (1998). *Temperament*. En N. Eisenberg (Ed.), *Social, emotional and personality development* (pp.105-176). New York: Wiley.
- Ruiz, J. (2007). Aspectos sociodemográficos y carreras criminales en condenados por homicidio en Colombia. *Revista Colombiana de Psicología*, 16. 93-102.
- Salazar M. (1992). *Violencia, pobreza y conflictos armados en america latina: problemas referentes a los niños*. Bogotá – Colombia.

- Sampson, R. J., Raudenbush, S. W., & Earls, F. (1997). Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy. *Science*, 277, 918-924.
- Sánchez, R. O. (2003). Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología. *Psico-USF*, 8(2), 163-173. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712003000200008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712003000200008)
- Sanmartín, J. (2002). *La mente de los violentos*. Barcelona: Ariel.
- Stone, M. (2007). *Violencia: Tratado de los trastornos de la personalidad*. Barcelona: Masson.
- Stouthamer-Loeber, M., Loeber, R., Farrington, D. P., Zhang, Q., Van Kammen, W. B., & Maguin, E. (1993). The double edge of protective and risk-factors for delinquency—interrelations and developmental patterns. *Development and Psychopathology*, 5, 683–701.
- Strack, L. (1999). *Millon's Normal Personality Styles and Dimensions*. USA: Journal of Personality Assessment, 72 (3).
- Talarn A., Sáinz F., Rigat (2013). *Relaciones Vivencias y psicopatología: Las bases relacionales del sufrimiento mental excesivo*. Edic. Herder. España.
- Torras, E. (2010). *La mejor guardería tu casa: Criar, saludablemente a un bebé*, Barcelona, Edit. Plataforma.
- Torrubia, R. (2004). El delincuente. En J. Sanmartín (coord.). *El laberinto de la violencia*. Barcelona: Ariel.
- Vázquez B. S. (2012). *Trastornos de la Personalidad y Conducta Delictiva. Informe Instituto de Ciencias Forenses y de la Seguridad* (Universidad Autónoma de Madrid).
- Vidal, E., Acosta, M. y Galindo, M.C. (2004). Trastornos de personalidad y su relación con la violencia. *Revista Hospital Psiquiátrico de La Habana*. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/hph02604.pdf>.
- Winberg, M. y Vilalta, R. (2009). Evaluación de trastornos de personalidad mediante el inventario clínico multiaxial (MCMI-II) en una muestra forense. *Psicothema*, 21(4), 610-614.

# ANEXOS

## INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA PSICOSOCIAL No.

### 1. DATOS DE FILIACION

EDAD:		GENERO:	M	F					
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:									
NACIONALIDAD:									
CONDICIÓN:	SOLT.	C/PAREJA	CASADO	DIVORC.	VIUDO	CONV.	SEPARADO		
No.HIJOS:	No.HIJOS(POLIT):		No. HIJOS C/ OTRAS PAREJAS:						
GRADO DE INSTRUCCIÓN:	PRIM INC.	PRIM COM	SEC.INC	SEC.COM	SUP.INC	SUP.COM	C/TIT	S/TIT	SIN INSTRUC.
OCUPACIÓN ANTES DE INGRESO AL PENAL:									
RELIGION:									
DOMICILIO:									

### 2. DATOS FAMILIARES

PADRE									
VIVE:	SI		NO						
GRADO DE INSTRUCCIÓN:	PRIM INC.	PRIM COM	SEC.INC	SEC.COM	SUP.INC	SUP.COM	SIN INSTRUC.		
OCUPACIÓN:									
ANTECEDENTES POLIC/JUDIC O PENALES:	SI	NO	TIPO:						
CONSUMO DE:	ALCOHOL	SI NO OCAS.	CIGARROS	SI NO OCAS.	DROGAS	SI NO OCAS.			
CONDUCTA HABITUAL FRENTE AL EXAMINADO:	VIOLENTA	AUSENTE	INDIF	SOBREPR	AFFECTUOSO				
MADRE									
VIVE:	SI		NO						
GRADO DE INSTRUCCIÓN:	PRIM INC.	PRIM COM	SEC.INC	SEC.COM	SUP.INC	SUP.COM	SIN INSTRUC.		
OCUPACIÓN:									
ANTECEDENTES POLIC/JUDIC O PENALES:	SI	NO	TIPO:						
CONSUMO DE:	ALCOHOL	SI NO OCAS.	CIGARROS	SI NO OCAS.	DROGAS	SI NO OCAS.			
CONDUCTA HABITUAL FRENTE AL EXAMINADO:	VIOLENTA	AUSENTE	INDIF	SOBREPR	AFFECTUOSO				
HERMANOS									
No. HERMANOS:			LUGAR QUE OCUPA:						
ANTECEDENTES POLIC/JUDIC O PENALES:	SI	NO	TIPO:						
CONSUMO DE:	ALCOHOL	SI NO OCAS.	CIGARROS	SI NO OCAS.	DROGAS	SI NO OCAS.			

MARQUE, SEGÚN SU CASO, EN FAMILIA ORIGEN (PADRES-HERMANOS) FAMILIA ACTUAL (PAREJA-HIJOS)					
ESTRUCTURA FAMILIAR	F.ORIGEN	F.ACTUAL	SITUACIONES DE CRISIS FAMILIAR	F.ORIGEN	F.ACTUAL
MONOPARENTAL			ENF CRÓNICA		
MONOPARENTAL EXTENDIDA			PROBLEMAS ECONOMIC		
NUCLEAR			ABANDONO		
RECONSTITUIDA			MUERTE DE FAMILIAR		
EXTENDIDA			CONSUM ALCOH/DROGAS		
NO PARENTAL (NO HAY PADRES)			ENFERMEDAD MENTAL		
OTROS (ADOPTADO)			CONDUC DELIC FAMILIAR		

### 3. ESCOLARIDAD

RENDIMIENTO ACADEMICO:

ESTUDIOS PRE-ESCOLARES:	SI	NO	EDAD:		ALTO	MEDIO	BAJO
REALIZA EST.PRIMARIOS:	SI	NO	EDAD:		ALTO	MEDIO	BAJO
REALIZA EST.SECUNDARIOS:	SI	NO	EDAD:		ALTO	MEDIO	BAJO
ABANDONO/DESERCION:	SI	NO	EDAD:				
MOTIVO DE LA DESERCION ESCOLAR:	PROBLEMAS ECONÓMIC	FUGA DEL HOGAR	CONSUMO DE DROGAS	VIOLENCIA ESCOLAR			

PERTENENCIA PANDILLAJE/BARRAS BRAVAS:	SI	NO	EDAD:	
---------------------------------------	----	----	-------	--

### 4. ASPECTO LABORAL ANTES DEL INTERNAMIENTO

DESOCUPADO		FIJA/ESTAB (MAS DE 3 MESES)		EVENTUAL	
TIPO DE ACTIVIDADES:					

### 5. HÁBITOS NOCIVOS:

#### UD. HA CONSUMIDO:

INICIO DE CONSUMO

CIGARRILLOS	MENOR 10 AÑOS	11 A 17 AÑOS	18 A MÁS
ALCOHOL	MENOR 10 AÑOS	11 A 17 AÑOS	18 A MÁS
DROGAS	MENOR 10 AÑOS	11 A 17 AÑOS	18 A MÁS
NO CONSUMO DE DROGAS			

### 6. DATOS RELACIONADOS A LA CONDENA

MOTIVO DE RECLUSIÓN:			
RELACION CON LA VICTIMA:	FAMILIAR	CONOCIDA	DESCONOCIDA
SITUACION JURIDICA:		AÑOS DE SENTENCIA:	
PERMANENCIA EN OTROS PENALES:	SI	NO	
ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO:			
MOTIVO:			
TIEMPO:			
NUMERO DE HOMICIDIOS:	1ra. VEZ	2 A 3 VECES	MAS DE 3

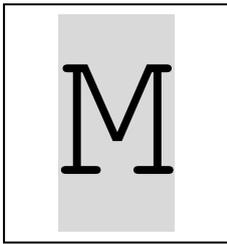
### 7. OTROS DATOS IMPORTANTES

EDAD

AUTOLESIONES:	SI	NO	
INTENTOS DE SUICIDIO:	SI	NO	
VÍCTIMA ABUSO-TOCAMIENTOS:	SI	NO	
ANTES DE LA RECLUSIÓN:	SI	NO	
DURANTE LA RECLUSIÓN:	SI	NO	
RELACIONES C/PERSONAS DE CONDUCTA DELICTIVA:	SI	NO	
ANTES DE LA RECLUSIÓN SE HA RELACIONADO CON PERSONAS DE CONDUCTA DELICTIVA:	SI	NO	

			EDAD 1ra VEZ	No. VECES
FUGA DEL HOGAR:	SI	NO		
HA COMETIDO OTRAS CONDUCTAS DELICTIVAS	SI	NO		
¿DE QUÉ TIPO?				

OBSERVACIONES:	



## INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON (II)

# MCMI – II

TH. MILLON

### INSTRUCCIONES

Anote todas sus contestaciones en la hoja de respuestas que se le ha facilitado. **NO ESCRIBA NADA EN ESTE CUADERNILLO.**

1. Para contestar en la hoja de respuestas utilice un **LÁPIZ** blando que escriba en color **NEGRO** y disponga de una goma de borrar para hacer las correcciones, cuando sea necesario.
2. Las páginas siguientes contienen una serie de frases usuales o expresiones que las personas suelen utilizar para describirse a sí mismas. Sirven para ayudarle de describir sus sentimientos y actitudes. **SEA LO MÁS SINCERO POSIBLE.**
3. No se preocupe si algunas cuestiones o frases le parecen extrañas, están incluidas para describir los diferentes problemas que puede tener la gente.
4. A continuación tiene dos ejemplos para que vea la forma de contestar en la Hoja de respuestas. **SI ESTÁ DE ACUERDO** con una frase o piensa que describe su forma de ser, **RELLENE COMPLETAMENTE EL ESPACIO** correspondiente a la letra “V” (verdadero). Si por el contrario la frase no refleja ni caracteriza su forma de ser, **RELLENE COMPLETAMENTE EL ESPACIO** de letra “F” (falso). Así:

Hoja de Respuestas

1. “Soy un ser humano”

Como esta frase es verdadera para Ud. se ha rellenado

Completamente el espacio de la letra V (verdadero).

2. “Mido más de tres metros”

Esta frase es falsa para Ud. por lo que se ha rellenado

Completamente el espacio de la letra F (falso)

5. Procure responder a todas las frases aunque no esté completamente seguro. Es mejor contestar a todas pero si no es capaz de decidirse, debe rellenar el espacio de la letra F (falso).
6. Si se equivoca o quiere cambia alguna respuesta, borre primero la respuesta equivocada y luego rellene el otro espacio.
7. No hay límite de tiempo para contestar a todas las frases, pero lo mejor es hacerlo con rapidez.

	V	F
1.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**NO ABRA ESTE CUADERNILLO HASTA QUE SE LO INDIQUEN.**

1. Actúo siempre
2. según mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan que haga.
3. He encontrado siempre más cómodo hacer las cosas solo, tranquilamente que hacerlas con otros.
4. Hablar con la gente ha sido casi siempre difícil y desagradable para mí.
5. Creo que tengo que ser enérgico y decidido en todo lo que hago.
6. Desde hace algunas semanas me pongo a llorar incluso cuando la menor cosa me sale mal.
7. Algunas personas piensan que soy vanidoso o egocéntrico.
8. Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
9. Tengo siempre la impresión de no ser aceptado en un grupo.
10. Frecuentemente critico a la gente que me molesta.
11. Me encuentro a gusto siguiendo a los demás.
12. Me gusta hacer tantas cosas diferentes que no sé por dónde empezar.
13. Algunas veces puedo ser bastante duro o mezquino con mi familia.
14. Tengo poco interés en hacer amigos.
15. Me considero una persona muy sociable o extravertida.
16. Sé que soy una persona superior a los demás y por eso no me preocupa lo que piensen.
17. La gente nunca ha apreciado suficientemente las cosas que he hecho.
18. Tengo problemas con la bebida que he intentado solucionar sin éxito.
19. Últimamente siento un nudo en el estómago y me invade un sudor frío.
20. Siempre he querido permanecer en un segundo plano en las actividades sociales.
21. A menudo hago cosas sin ninguna razón, sólo porque pueden ser divertidas.
22. Me molesta mucho la gente que no es capaz de hacer las cosas bien.
23. Si mi familia me obliga o presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
24. Muchas veces pienso que me deberían castigar por las cosas que he hecho.
25. La gente se ríe de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
26. Los demás parecen más seguros que yo sobre lo que son y lo que quieren.
27. Soy propenso a tener explosiones de llanto o cólera sin tener motivo.
28. Desde hace uno o dos años he comenzado a sentirme sólo y vacío.
29. Tengo habilidad para “dramatizar” las cosas.
30. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
31. Disfruto en situaciones de intensa competitividad.
32. Cuando entro en crisis busco en seguida alguien que me ayude.
33. Me protejo de los problemas no dejando que la gente sepa mucho sobre mí.
34. Casi siempre me siento débil y cansado.
35. Otras personas se enfadan mucho más que yo por las cosas molestas.
36. A menudo mi adicción a las drogas me ha causado en el pasado bastantes problemas.
37. Últimamente me encuentro llorando sin ningún motivo.
38. Creo que soy una persona especial, que necesita que los demás me presten una atención especial.
39. Nunca me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.

40. Una buena forma de conseguir un mundo en paz es fomentar los valores morales de la gente.
41. En el pasado he mantenido relaciones sexuales con muchas personas que no significan nada especial para mí.
42. Me resulta difícil simpatizar con la gente que se siente siempre insegura con todo.
43. Soy una persona muy agradable y dócil.
44. La principal causa de mis problemas ha sido mi “mal carácter”.
45. No tengo inconveniente en forzar a los demás a hacer lo que yo quiero.
46. En los últimos años, incluso las cosas sin importancia parecen deprimirme.
47. Mi deseo de hacer las cosas lo más perfecta posible, muchas veces enlentece mi trabajo.
48. Soy tan callado y retraído que la mayoría de la gente no sabe ni que existo.
49. Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
50. Soy una persona tranquila y temerosa.
51. Soy muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
52. Me pongo muy nervioso cuando pienso en los acontecimientos del día.
53. Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
54. Últimamente me siento sin fuerzas, incluso por la mañana.
55. Hace algunos años que he comenzado a sentirme un fracasado.
56. No soporto a las personas “sabihondas” que lo saben todo y piensan que pueden hacer cualquier cosa mejor que yo.
57. He tenido siempre miedo a perder el afecto de las personas que más necesito.
58. Parece que me aparto de mis objetivos, dejando que otros me adelanten.
59. Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar y romper cosas.
60. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.
61. Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
62. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
63. El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
64. Le gusto a muy poca gente.
65. Si alguien me criticase por cometer algún error, rápidamente le reprocharía sus propios errores.
66. Algunas personas dicen que disfruto sufriendo.
67. Muchas veces expreso mi rabia y mal humor, y luego me siento terriblemente culpable por ello.
68. Últimamente me siento nervioso y bajo una terrible tensión sin saber por qué.
69. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
70. Creo que hay personas que utilizan la telepatía para influir en mi vida.
71. Tomar las llamadas drogas “ilegales” puede ser indeseable o nocivo, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.
72. Me siento continuamente muy cansado.
73. No puedo dormir, y me levanto tan cansado como al acostarme.
74. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
75. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación molesta que alguien me haya provocado.

76. Debemos respetar a nuestros mayores y no creer que sabemos más que ellos.
77. Me siento muy triste y deprimido la mayor parte del tiempo.
78. Soy la típica persona de la que los otros se aprovechan.
79. Siempre hago lo posible por complacer a los demás incluso si ellos no me gustan.
80. Durante muchos años he pensado seriamente en suicidarme.
81. Me doy cuenta enseguida cuando la gente intenta crearme problemas.
82. Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.
83. No comprendo por qué, pero parece que disfruto haciendo sufrir a los que quiero.
84. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
85. Estoy dispuesto a luchar hasta el final antes de que nadie obstruya mis intereses y objetivos.
86. Desde niño siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
87. Cuando las cosas son aburridas me gusta provocar algo interesante.
88. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y a mi familia.
89. Si alguien necesita hacer algo que requiera mucha paciencia, debería contar conmigo.
90. Probablemente tengo las ideas más creativas de entre la gente que conozco.
91. No he visto ningún coche en los últimos diez años.
92. No veo nada incorrecto en utilizar a la gente para conseguir lo que quiero.
93. El que me castiguen nunca me ha frenado de hacer lo que he querido.
94. Muchas veces me siento muy alegre y animado sin ningún motivo.
95. Siendo adolescente, me fugué de casa por lo menos una vez.
96. Muy a menudo digo cosas sin pensarlas y luego me arrepiento de haberlas dicho.
97. En las últimas semanas me he sentido exhausto, agotado, sin un motivo especial.
98. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
99. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez, y no consigo olvidarlas.
100. En los dos últimos años me he vuelto muy desanimado y triste sobre la vida.
101. Mucha gente ha estado espionando mi vida privada durante años.
102. No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles para hacer sufrir a los demás.
103. Odio o tengo miedo de la mayor parte de la gente.
104. Expreso mi opinión sobre las cosas sin que me importe lo que otros puedan pensar.
105. Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es probable que lo eluda o que lo haga intencionalmente mal.
106. En el pasado el hábito de abusar de las drogas me ha hecho no acudir al trabajo.
107. Estoy siempre dispuesto a ceder ante los otros para evitar disputas.
108. Con frecuencia estoy irritable y de mal humor.
109. Últimamente ya no tengo fuerzas para luchar ni para defenderme.
110. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
111. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.
112. Utilizo mi atractivo para conseguir la atracción de los demás.
113. Cuando estoy solo, a menudo noto la fuerte presencia de alguien cercano que no puede ser visto.
114. Me siento desorientado, sin objetivos y no sé hacia donde voy en la vida.
115. Últimamente he sudado mucho y me he sentido muy tenso.
116. A veces siento como si necesitase hacer algo para hacerme daño a mí mismo o a otros.

117. La ley me ha castigado injustamente por delitos que nunca he cometido.
118. Me he vuelto muy sobresaltado y nervioso en las últimas semanas.
119. Sigo teniendo extraños pensamientos de los que desearía poder librarme.
120. Tengo muchas dificultades para controlar el impulso de beber en exceso.
121. Mucha gente piensa que no sirvo para nada.
122. Puedo llegar a estar muy excitado sexualmente cuando discuto o peleo con alguien a quien amo.
123. Durante años he conseguido mantener en el mínimo mi consumo de alcohol.
124. Siempre pongo a prueba a la gente para ver hasta donde son de confianza.
125. Incluso cuando estoy despierto parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
126. Me resulta fácil hacer nuevos amigos.
127. Me aseguro siempre de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
128. Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad que me molestan.
129. Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro.
130. No culpo a quien que se aproveche de alguien que se lo permite.
131. He cambiado de trabajo por lo menos más de tres veces en los últimos dos años.
132. Tengo muchas ideas muy avanzadas para los tiempos actuales.
133. Me siento muy triste y melancólico últimamente y parece que no puedo superarlo.
134. Creo que siempre es mejor buscar ayuda para lo que hago.
135. Muchas veces me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
136. Realmente me molesta la gente que espera que haga lo que yo no quiero hacer.
137. En los últimos años me he sentido tan culpable que puedo hacer algo terrible contra mí.
138. Cuando estoy en una fiesta o reunión nunca me quedo al margen.
139. La gente me dice que soy una persona íntegra y moral.
140. Algunas veces me siento confuso y preocupado cuando la gente es muy amable conmigo.
141. El problema de usar drogas "ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.
142. Me siento muy incómodo con personas del otro sexo.
143. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.
144. No me importa que la gente no se interese por mí.
145. Francamente miento con mucha frecuencia para salir de dificultades o problemas.
146. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
147. Algunos han tratado de dominarme, pero he tenido fuerza de voluntad para superarlo.
148. Mis padres me decían con frecuencia que no era bueno.
149. A menudo la gente se irrita conmigo cuando les doy órdenes.
150. Tengo mucho respeto por los que tienen autoridad sobre mí.
151. No tengo casi ningún lazo íntimo con los demás.
152. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y que me apasionaba por demasiadas cosas.
153. En el último año he cruzado el Atlántico más de treinta veces.
154. Estoy de acuerdo con el refrán "Al que madruga Dios le ayuda".
155. Me merezco el sufrimiento que he padecido a lo largo de mi vida.

156. Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida, muchas veces han oscilado entre amarlas y odiarlas.
157. Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.
158. En alguna ocasión he bebido diez copas o más sin llegar a emborracharme.
159. Cuando estoy en una reunión social, en grupo casi siempre me siento tenso y controlado.
160. Tengo en alta estima las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.
161. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
162. Rara vez me emociono mucho con algo.
163. Habitualmente he sido un andariego inquieto, vagando de un sitio a otro sin tener idea de donde terminaría.
164. No soporto a las personas que llegan tarde a las citas.
165. Gente sin escrúpulos intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.
166. Me irrita mucho que alguien me pida que haga las cosas a su modo en vez de al mío.
167. Tengo habilidad para tener éxito en casi todo lo que hago.
168. Últimamente me siento completamente destrozado.
169. A la gente que quiero, parece que la animo a que me hiera.
170. Nunca he tenido pelo, ni en mi cabeza ni en mi cuerpo.
171. Cuando estoy con otras personas me gusta ser el centro de atención.
172. Personas que en un principio he admirado grandemente, más tarde me han defraudado al conocer la realidad.
173. Soy el tipo de persona que puede abordar a cualquiera y echarle una bronca.
174. Prefiero estar con gente que me protegerá.
175. He tenido muchos períodos en mi vida que he estado tan animado y he derrochado tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.
176. En el pasado he tenido dificultades para abandonar el abuso de drogas y de alcohol.

**FIN DE LA PRUEBA.**

COMPRUEBE, POR FAVOR, QUE NO HA DEJADO NINGUNA FRASE SIN CONTESTAR.

## COMPOSICIÓN DE ESCALAS POR ÍTEMS

**ESCALA 1: ESQUIZOIDE** Ítems = 35; Puntaje = 58 **Verdadero:** 2(3), 10(2), 13(3), 16(1), 19(3), 22(1), 25(1), 33(2), 34(3), 46(1), 47(2), 53(1), 81(3), 83(2), 85(1), 106(2), 108(1), 124(2), 141(1), 142(1), 143(3), 150(2), 159(1), 160(1), 161(3) **Falso:** 14(1), 20(2), 28(1), 48(2), 60(1), 78(1), 95(1), 103(1), 111(1), 125(1)

**ESCALA 2: EVITATIVO** Ítems = 41; Puntaje = 73 **Verdadero:** 2(1), 3(3), 8(3), 19(2), 23(2), 25(2), 27(2), 32(2), 34(1), 45(1), 47(2), 49(3), 56(2), 57(2), 63(3), 77(3), 81(1), 83(2), 85(1), 102(2), 106(1), 109(1), 110(2), 113(1), 115(2), 118(2), 120(3), 133(1), 139(1), 141(3), 147(1), 150(2), 155(2), 158(3), 160(1), 171(2) **Falso:** 14(1), 21(1), 28(1), 125(1), 163(1)

**ESCALA 3: DEPENDIENTE** Ítems = 37; Puntaje = 62 **Verdadero:** 10(3), 31(3), 34(2), 42(3), 49(1), 54(1), 57(2), 60(2), 75(1), 77(2), 78(3), 81(2), 97(2), 106(3), 110(1), 125(1), 133(3), 145(3), 149(1), 159(3), 168(1), 173(3) **Falso:** 4(2), 7(1), 12(1), 21(1), 28(1), 40(1), 41(1), 43(1), 74(1), 91(1), 92(1), 101(1), 147(1), 162(1), 163(1)

**ESCALA 4: HISTRIÓNICA** Ítems = 40; Puntaje = 69 **Verdadero:** 7(1), 9(2), 14(3), 20(3), 28(3), 37(1), 40(1), 41(1), 42(2), 43(2), 48(3), 56(1), 60(3), 66(2), 86(3), 89(1), 91(1), 95(1), 103(2), 111(3), 125(3), 128(1), 130(1), 133(2), 137(3), 142(1), 162(1), 166(2), 170(3), 171(1), 172(1), 173(1) **Falso:** 3(1), 19(1), 39(1), 51(1), 61(2), 77(1), 126(1), 158(2)

**ESCALA 5: NARCISISTA** Ítems = 49; Puntaje = 85 **Verdadero:** 1(3), 2(1), 4(2), 6(3), 12(1), 14(2), 15(3), 16(2), 22(1), 28(1), 32(1), 37(3), 41(2), 43(1), 55(1), 60(1), 80(1), 85(1), 86(2), 89(3), 91(3), 103(2), 111(2), 125(2), 126(1), 129(3), 130(1), 131(3), 134(1), 135(1), 137(2), 142(3), 143(1), 146(1), 163(1), 165(2), 166(3), 170(2), 171(2), 172(2) **Falso:** 81(1), 31(1), 42(2), 45(1), 51(1), 78(1), 106(1), 149(2), 158(2)

**ESCALA 6: ANTISOCIAL** Ítems = 45; Puntaje = 86 **Verdadero:** 1(2), 7(3), 12(2), 15(1), 20(2), 22(2), 32(1), 38(2), 40(3), 43(2), 44(1), 48(1), 55(2), 64(1), 73(2), 74(2), 80(2), 85(1), 86(2), 87(2), 91(2), 92(3), 94(3), 101(1), 103(3), 104(1), 111(1), 113(1), 116(3), 129(2), 130(3), 140(1), 142(2), 144(2), 147(3), 157(1), 162(3), 165(2), 171(1), 172(3) **Falso:** 34(1), 42(2), 77(1), 78(2), 81(2)

**ESCALA 6B: AGRESIVO** Ítems = 45; Puntaje = 81 **Verdadero:** 1(2), 4(3), 7(1), 9(3), 12(3), 21(2), 30(3), 32(1), 38(1), 40(1), 41(3), 43(1), 44(3), 58(1), 64(2), 66(1), 74(2), 80(1), 82(2), 84(2), 86(1), 91(2), 95(1), 101(3), 107(2), 115(2), 121(2), 129(2), 134(3), 135(1), 142(1), 146(1), 147(1), 148(3), 155(2), 163(3), 165(1), 166(2) **Falso:** 31(1), 42(2), 71(1), 77(2), 78(2), 106(1), 145(1)

**ESCALA 7: COMPULSIVO** Ítems = 38; Puntaje = 68 **Verdadero:** 4(1), 21(3), 32(1), 39(3), 46(3), 61(3), 64(2), 74(1), 75(3), 78(1), 81(1), 88(3), 126(3), 134(2), 138(3), 148(2), 149(3), 153(3), 159(2), 161(2), 163(2) **Falso:** 7(1), 20(2), 40(1), 43(1), 48(2), 50(1), 60(1), 66(1), 77(1), 86(2), 92(1), 95(1), 103(1), 111(1), 128(1), 145(2), 155(1)

**ESCALA 8: PASIVO AGRESIVO** Ítems = 41; Puntaje = 78 **Verdadero:** 1(1), 4(1), 9(2), 12(1), 16(2), 21(1), 22(3), 23(1), 25(1), 28(2), 43(2), 50(3), 51(1), 55(3), 58(1), 64(2), 66(3), 73(2), 74(2), 77(2), 82(2), 86(2), 95(3), 101(2), 104(3), 107(3), 110(1), 115(2), 120(1), 123(2), 128(2), 129(1), 135(3), 139(1), 155(2), 156(3), 165(3), 171(1) **Falso:** 6(1), 149(2), 159(2)

**ESCALA 8B: AUTODERROTISTA** Ítems = 40; Puntaje = 71 **Verdadero:** 8(1), 10(2), 16(2), 18(1), 23(3), 25(1), 28(2), 31(1), 42(2), 45(2), 51(2), 54(2), 56(2), 57(3), 63(1), 65(3), 71(1), 73(1), 77(2), 81(1), 82(1), 99(1), 106(2), 110(3), 115(2), 120(2), 121(3), 128(1), 132(2), 133(1), 139(3), 141(1), 145(2), 154(3), 155(2), 167(1), 168(3), 171(1), 173(1) **Falso:** 74(1)

**ESCALA S: ESQUIZÓTIPICA** Ítems = 44; Puntaje = 79 **Verdadero:** 2(2), 3(2), 8(2), 10(1), 13(1), 19(1), 23(1), 24(3), 25(1), 31(2), 38(2), 47(3), 49(2), 53(1), 63(2), 69(3), 77(2), 83(3), 85(2), 100(2), 102(3), 108(1), 112(3), 113(2), 118(3), 120(2), 123(2), 124(2), 130(1), 133(2), 136(1), 141(2), 147(1), 150(3), 158(2), 160(1), 161(1), 162(1), 164(2), 165(1) **Falso:** 14(1), 48(1), 60(1), 166(2)

**ESCALA C: BORDERLINE** Ítems = 62; Puntaje = 103 **Verdadero:** 5(2), 7(1), 22(2), 23(2), 25(3), 26(2), 27(2), 35(2), 36(1), 40(1), 43(3), 44(1), 50(2), 51(1), 53(1), 54(1), 56(3), 57(1), 58(3), 59(2), 65(1), 66(2), 67(1), 72(1), 73(3), 74(1), 77(1), 78(1), 79(2), 82(3), 91(2), 94(1), 95(2), 97(2), 99(1), 101(2), 103(1), 104(1), 108(1), 110(1), 113(3), 115(3), 128(3), 129(2), 130(1), 132(1), 135(1), 136(2), 139(1), 140(2), 142(2), 144(1), 147(1), 154(1), 155(3), 156(2), 162(1), 165(1), 167(1), 168(1), 171(3), 173(1) **Falso:** Ninguno

**ESCALA P: PARANOIDE** Ítems = 44; Puntaje = 74 **Verdadero:** 6(1), 12(1), 15(2), 16(3), 21(1), 22(1), 24(2), 30(1), 32(3), 37(2), 38(3), 39(1), 41(1), 43(1), 44(1), 46(2), 55(1), 61(1), 63(1), 64(3), 68(1), 74(3), 75(1), 80(2), 84(3), 85(3), 89(2), 98(1), 100(2), 103(2), 123(2), 126(2), 127(1), 129(2), 131(2), 135(1), 138(1), 143(1), 146(3), 163(1), 164(3), 165(1), 171(1), 172(1) **Falso:** Ninguno

**ESCALA A: ANSIEDAD** Ítems = 25 Puntaje = 43 **Verdadero:** 8(1), 16(1), 18(3), 26(1), 29(2), 33(2), 36(1), 51(3), 53(2), 54(1), 67(3), 71(2), 78(1), 96(2), 97(2), 99(1), 108(1), 109(2), 114(3), 117(3), 132(1), 145(1), 153(1), 167(2) **Falso:** 166(1)

**ESCALA H: HISTERIFORME** Ítems = 31; Puntaje = 49 **Verdadero:** 5(1), 18(2), 26(1), 29(3), 31(1), 33(3), 36(1), 42(1), 50(1), 51(2), 53(2), 56(1), 60(1), 66(1), 67(2), 68(3), 71(3), 72(3), 78(1), 96(3), 98(2), 102(1), 109(1), 114(2), 117(1), 118(1), 137(1), 145(1), 170(1), 173(1) **Falso:** 41(1)

**ESCALA N: HIPOMANÍA** Ítems = 37; Puntaje = 57 **Verdadero:** 11(3), 14(2), 17(1), 20(2), 28(2), 37(1), 40(1), 50(2), 58(1), 60(2), 66(1), 67(1), 73(1), 86(2), 89(1), 93(3), 95(1), 98(1), 101(1), 103(2), 111(1), 121(1), 125(2), 127(1), 128(2), 131(1), 134(2), 137(2), 151(3), 166(1), 170(2), 172(1), 174(3) **Falso:** 19(1), 42(1), 158(1), 161(1)

**ESCALA D: DISTIMIA** Ítems = 36; Puntaje = 69 **Verdadero:** 5(2), 8(2), 25(1), 26(2), 27(3), 36(2), 45(3), 46(1), 51(2), 53(2), 54(3), 56(1), 59(2), 65(2), 71(2), 72(2), 76(2), 79(3), 83(2), 96(2), 97(3), 99(3), 107(1), 108(3), 109(2), 110(1), 132(3), 136(2), 139(1), 154(2), 155(1), 167(1), 168(1) **Falso:** 41(1), 86(1), 166(2)

**ESCALA B: DEPENDENCIA DE ALCOHOL** Ítems = 46; Puntaje = 65 **Verdadero:** 17(3), 18(2), 22(1), 23(1), 25(1), 27(1), 35(1), 40(1), 46(1), 54(1), 65(1), 70(1), 73(2), 80(1), 87(3), 93(1), 95(2), 96(1), 97(2), 103(1), 104(1), 105(2), 108(1), 109(2), 111(1), 114(1), 117(1), 119(3), 125(1), 128(1), 130(1), 135(1), 137(1), 140(1), 144(2), 149(1), 155(1), 157(3), 159(1), 162(1), 165(1), 171(1), 175(2) **Falso:** 8(1), 52(2), 122(2)

**ESCALA T: ABUSO DE DROGAS** Ítems = 58; Puntaje = 90 **Verdadero:** 1(2), 6(1), 7(2), 9(2), 12(1), 14(1), 20(2), 22(2), 30(1), 32(1), 35(3), 40(2), 43(2), 44(1), 50(1), 55(1), 58(2), 60(1), 66(1), 70(3), 73(2), 80(2), 82(2), 86(2), 89(1), 91(2), 92(2), 93(1), 94(1), 95(2), 101(1), 103(2), 104(1), 105(3), 111(1), 113(1), 114(1), 115(2), 116(1), 117(2), 120(1),

123(1), 125(1), 128(1), 129(2), 130(1), 137(1), 140(3), 144(3), 146(1), 155(1), 162(2), 165(1), 166(1), 171(1), 172(1), 175(3) **Falso:** 61(1)

**ESCALA SS: PENSAMIENTO PSICÓTICO** Ítems = 33; Puntaje = 58 **Verdadero:** 3(1), 8(1), 13(1), 19(1), 23(1), 24(1), 29(1), 31(1), 38(2), 68(2), 69(2), 74(1), 77(2), 80(2), 82(1), 83(2), 85(2), 98(3), 102(2), 109(3), 112(2), 115(2), 120(2), 124(3), 127(3), 141(1), 146(2), 147(1), 156(1), 160(3), 161(1), 164(2), 167(3) **Falso:** Ninguno

**ESCALA CC: DEPRESIÓN MAYOR** Ítems = 31; Puntaje = 55 **Verdadero:** 5(3), 19(1), 26(3), 33(2), 36(3), 45(2), 47(2), 50(2), 51(1), 53(3), 54(1), 56(2), 57(1), 58(1), 59(3), 65(1), 67(1), 72(2), 76(3), 79(2), 81(1), 95(1), 96(2), 99(1), 108(2), 109(2), 110(1), 117(1), 136(3), 154(1) **Falso:** Ninguno

**ESCALA PP: TRASTORNO DELIRANTE** Ítems = 22; Puntaje = 38 **Verdadero:** 15(1), 16(2), 24(2), 32(1), 38(2), 39(1), 69(2), 74(1), 80(3), 84(2), 85(2), 89(1), 98(2), 100(3), 112(1), 123(3), 126(1), 131(2), 138(1), 143(1), 146(2), 164(2) **Falso:** Ninguno

**ESCALA Y: DESEABILIDAD SOCIAL** Ítems = 23; Puntaje = 23 **Verdadero:** 4(1), 14(1), 34(1), 39(1), 60(1), 61(1), 75(1), 78(1), 86(1), 88(1), 89(1), 93(1), 103(1), 106(1), 122(1), 125(1), 126(1), 137(1), 138(1), 149(1), 153(1), 159(1), 166(1) **Falso:** Ninguno

**ESCALA Z: AUTODESCALIFICACIÓN** Ítems = 46; Puntaje = 46 **Verdadero:** 3(1), 5(1), 8(1), 18(1), 23(1), 24(1), 25(1), 26(1), 27(1), 33(1), 36(1), 43(1), 45(1), 49(1), 50(1), 51(1), 53(1), 54(1), 58(1), 59(1), 63(1), 66(1), 67(1), 68(1), 71(1), 72(1), 76(1), 79(1), 82(1), 96(1), 97(1), 99(1), 100(1), 102(1), 108(1), 110(1), 114(1), 115(1), 117(1), 118(1), 120(1), 128(1), 132(1), 136(1), 158(1), 167(1) **Falso:** Ninguno

**ESCALA V: VALIDEZ** Ítems = 4; Puntaje = 4 **Verdadero:** 63(1), 91(1), 153(1), 170(1) **Falso:** Ninguno

## 2. MATRIZ DE COHERENCIA INTERNA

**TÍTULO:** “Relación entre los factores psicosociales y características de personalidad en internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho y Santa Mónica”

**AUTOR (a):** Dora Rosario Atuncar Sueng y Doris Sonia Flor Pitot

**ESPECIALIDAD:** Maestría en Psicología.

PROBLEMA	FINALIDAD	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	ÍNDICE	MÉTODO
<p>¿Existe relación entre los factores psicosociales y características de personalidad en internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho y Santa Mónica?</p> <p>Problemas Específicos: ¿Existe relación entre los</p>	<p>La finalidad de la presente investigación es demostrar desde un punto de vista teórico la relación de los factores psicosociales y características de personalidad en internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios</p>	<p><b>Objetivo General</b> Establecer la relación entre los factores psicosociales y características de personalidad en internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho y Santa Mónica.</p> <p><b>Específicos:</b> 1. Establecer la relación</p>	<p><b>Hipótesis general</b> HG: Existe relación directa entre los factores psicosociales y características de personalidad en internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho y Santa Mónica.</p> <p><b>Hipótesis específicas:</b></p>	<p><b>Variables X</b> Factores psicosociales</p>	<p><b>Ficha de</b> Factores Psicosociales Respuestas dicotómicas y Politómicas</p> <p><b>Inventario</b> Clínico Multiaxial de Millon - II</p>	<p><b>TIPO:</b> Descriptivo, transversal, y correlacional.</p> <p><b>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</b> Descriptivo Correlacional. <b>Diseño Específico:</b> M<sub>1</sub> OX r OY</p>

<p>factores psicosociales y los patrones clínicos de personalidad en internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho y Santa Mónica?</p> <p>¿Existe relación entre los factores psicosociales y la patología severa de la personalidad en internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho y Santa Mónica?</p> <p>¿Existe relación entre los factores psicosociales y los síndromes clínicos de personalidad en internos sentenciados por delito de</p>	<p>Lurigancho y Santa Mónica.</p> <p>La importancia del presente estudio radica en determinar los factores psicosociales y las características de personalidad en internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho y Santa Mónica, permitiéndole actuar en forma adecuada ante una situación de emergencia o criminalidad.</p> <p>Desde un punto de vista práctico los resultados permitirán comprender el comportamiento</p>	<p>entre los factores psicosociales y los patrones clínicos de personalidad en internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho y Santa Mónica.</p> <p>2. Establecer la relación entre los factores psicosociales y la patología severa de la personalidad en internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho y Santa Mónica.</p> <p>3. Establecer la relación entre los factores psicosociales y los síndromes clínicos de personalidad en internos</p>	<p>H1: Existe relación directa entre los factores psicosociales y los patrones clínicos de personalidad en internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho y Santa Mónica.</p> <p>H2: Existe una relación directa entre los factores psicosociales y la patología severa de la personalidad en internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho y Santa Mónica.</p>	<p><b>Variable Y</b></p> <p>Características de Personalidad</p>		<p><b><u>ESTRATEGIAS</u></b></p> <p>Se aplicaron dos instrumentos a la muestra.</p> <p>-Los datos se procesaron en el programa estadístico SPSS versión 22, presentándose a través de tablas los resultados obtenidos.</p> <p>Para la verificación de las hipótesis, se utilizó la prueba estadística coeficiente de correlación de Pearson para las variables no paramétricas y para las variables</p>
--	--	---	--	---	--	---

<p>homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho y Santa Mónica? ¿Existe relación entre los factores psicosociales y los síndromes severos de personalidad en internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho y Santa Mónica?</p>	<p>psicopatológico del grupo de internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho y Santa Mónica, y desarrollar acciones preventivas de salud mental y de reinserción social para disminuir los comportamientos reincidentes en el interno.</p>	<p>sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho y Santa Mónica. 4. Establecer la relación entre los factores psicosociales y los síndromes severos de personalidad en internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho y Santa Mónica.</p>	<p>H3: Existe una relación directa entre los factores psicosociales y los síndromes clínicos de personalidad en internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho y Santa Mónica. H4: Existe una relación directa entre los factores psicosociales y los síndromes severos de personalidad en internos sentenciados por delito de homicidio de los establecimientos penitenciarios Lurigancho y Santa Mónica.</p>			<p>ordinales el estadístico Rho de Spearman.</p>
---	---	---	---	--	--	--

