

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN –LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN DEMOGRAFÍA Y SALUD



TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MASTER EN SALUD MENTAL Y
ADICCIONES

TEMA:

Relación entre consumo de sustancias psicoactivas y enfermedades mentales en privados de libertad por delitos de homicidios en Sistema Penitenciario “Puertas de la Esperanza”, del municipio de Estelí de enero a julio 2015.

Autora: Lic. Lesbia María López Parrilla.

Tutor: Lic. Ever Téllez Castillo. M.Sc

León, Marzo 2017

¡A LA LIBERTAD POR LA UNIVERSIDAD!

DEDICATORIA

“Cuanto mayor sea el esfuerzo, mayor es la gloria”

Pierre Corneille (Escritor Francés)

A Dios

Por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a todas aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis Padres Carlos Alberto López Carrasco y María de Lourdes Parrilla Urrutia.

Por el apoyo infinito que me ha brindado toda mi vida, por los valores que los tengo muy presentes en mi vida diaria. Por enseñarme que con esfuerzo y dedicación puedo conseguirlo todo.

A mi Esposo Emilio Martín Lanuza Saavedra.

Por ser el pilar de mi familia y por los ejemplos de perseverancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A mis Hijos Jhosselyn Yasohara y Emilio Martín Lanuza López.

A mis hermanos Sandra Teresa, Carlos Alberto, Imelda Lourdes, Jairo Alfredo López Parrilla.

A mis sobrinos Karla Alexandra y Jorge Emanuel Somarriba López.

Gracias a todas esas personas importantes de mi vida, que siempre estuvieron listas para brindarme toda su ayuda, ahora me toca devolver un poquito de todo lo inmenso que se me ha otorgado.

AGRADECIMIENTO

A mi tutor Lic. MSc. Ever Miguel Téllez Castillo.

Por su apoyo, su experiencia y acompañamiento como tutor de tesis en todo el proceso de investigación para lograr la culminación de mis estudios profesionales.

A mis Maestros del CIDS - UNAN León

Por haberme transmitido sus conocimientos, experiencias obtenidas y haberme llevado paso a paso en el aprendizaje.

A mis Compañeros de la III Cohorte de Maestría en Salud Mental y Adicciones.

Por compartir los éxitos y momentos especiales a lo largo de todo el proceso de estudios.

Al MINED, Pacientes y Responsables de Rehabilitación del Sistema Penitenciario “Puertas de la Esperanza” Estelí.

Gracias a las instituciones por hacer realidad la iniciativa de la maestría, y todas esas personas, que siempre estuvieron listas para brindarme su apoyo, ahora me corresponde devolver un poco de todo lo inmenso que se me han otorgado.

RESUMEN

La prevalencia de enfermedad mental, homicidio y la relación con Trastorno de Personalidad Antisocial en sujetos condenados en la cárcel La Cuarenta en Pereira - Colombia. Se halló un importante porcentaje de consumo de sustancias (alcohol y otras sustancias) y se obtuvo una prevalencia de rasgos de personalidad antisocial cercana al 50% en los condenados por homicidio y/o tentativa de homicidio. **Objetivo:** identificar la relación entre consumo de sustancias psicoactivas y enfermedades mentales en privados de libertad por delitos de homicidios en el Sistema Penitenciario Puertas de la Esperanza del municipio de Estelí de Enero a julio del año 2015. **Metodología:** empleada fue cualitativa, de casos extremos con técnicas de entrevista a profundidad , cluster por conveniencia y técnica de muestreo, entre los resultados obtenidos, el estudio se realizó en base a una muestra de dos pacientes adultos de 29 y 36 años, **Resultados:** ambos homosexuales y son internos del Sistema Penitenciario “Puertas de la Esperanza” del municipio de Estelí, condenados por homicidios con 20 y 9 años de prisión respectivamente, ambos pacientes tienen educación media, son de la misma región con procedencia rural, de religión católica, educación básica, se determina que, si pertenecen a familias disfuncionales uno de los participantes fue criado por otras personas no familiares y de familias numerosas, proceden de familias que convivieron en situaciones de violencia intrafamiliar, y que era muy común que sus padres consumían alcohol. Aunque los análisis no demuestran evidencias de abuso sexual infantil, se identifica claramente que vivieron en ambientes hostiles y violencia. Se **concluye:** que los participantes en el estudio consumían drogas desde la edad de 13 años, siendo las sustancias más consumidas: el alcohol, marihuana, pega, cocaína y crack, haciendo frecuente policonsumo, siendo las combinaciones más usadas; alcohol y marihuana, o alcohol y crack, inhalantes como pega. Por tal razón los test psicológicos evidencian presencia de rasgos de patologías psiquiátricas con tendencias a trastornos de la personalidad; obsesivos compulsivos, esquizoides y disforia de género en adolescentes y adultos.

Palabras Claves: Consumo de sustancias, Sistema Penitenciario.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

| | |
|--|-----------|
| I. INTRODUCCIÓN | 1 |
| II. ANTECEDENTES. | 3 |
| III. JUSTIFICACIÓN. | 7 |
| IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 9 |
| V. OBJETIVOS | 10 |
| VI. MARCO TEÓRICO | 11 |
| VII. MATERIAL Y METODO | 29 |
| VIII. RESULTADOS. | 34 |
| IX. DISCUSIÓN. | 43 |
| X. CONCLUSIONES. | 45 |
| XI. RECOMENDACIONES:..... | 46 |
| XII. BIBLIOGRAFÍA | 48 |

ANEXOS

I. INTRODUCCIÓN

El indicador más empleado para medir los niveles de violencia humana está dado por la tasa de homicidios por cada 100.000 habitantes. En América Latina y el Caribe en la década de 1990 la tasa era de 23, índice que duplica la cifra promedio mundial de 11; otros países están por debajo como Ecuador, Estados Unidos, y Japón (0.6). Para el año 2000 se estimó que ocurrieron en el mundo cerca de 520.000 homicidios para una tasa de 8.8 homicidios por 100.000 habitantes. Durante el año 2002, el Sistema Médico Forense Colombiano registró 28.534 homicidios. Es decir, en ese año fueron asesinadas 78 personas cada día y 3 cada hora. La tasa nacional fue 65 homicidios por 100.000 habitantes, en el Valle del Cauca 111 y en Cali 89. En los hombres el mayor riesgo se presenta entre 18 y 24 años con una tasa de 261 homicidios por 100.000 habitantes y para mujeres está entre los 15 y 17 años con una tasa de 181.

La prevalencia de enfermedad mental, homicidio y la relación con Trastorno de Personalidad Antisocial en sujetos condenados en la cárcel La Cuarenta en Pereira - Colombia. Se halló un importante porcentaje de consumo de sustancias (alcohol y otras sustancias) y se obtuvo una prevalencia de rasgos de personalidad antisocial cercana al 50% en los condenados por homicidio y/o tentativa de homicidio. (Chabur, J.E.,Cordoba,F Martinez J.W, 2000)

Son diversos los factores que intervienen en el proceso que lleva a la comisión de un homicidio. Desde la disponibilidad de un arma (o la falta de ésta) hasta el uso de sustancias psicoactivas, que podrían actuar como “facilitadores” del homicidio, tales factores pueden determinar patrones y niveles de este delito; cuando se les presta atención a través de políticas de prevención, los homicidios pueden disminuir.

Las armas desempeñan un papel significativo en los homicidios, aun cuando no todos las involucran. Las armas de fuego son las que se usan más, dado su elevado nivel de letalidad, y dan cuenta de cuatro de cada 10 homicidios a nivel global, mientras que “otros medios”, como la fuerza física y los objetos contundentes, el envenenamiento y el estrangulamiento, entre otros, fueron causantes de poco más de una tercera parte de los homicidios, mientras que las armas punzocortantes causaron una cuarta parte.

El homicidio es, sin lugar a dudas, uno de los temas que tradicionalmente han ocupado a las ciencias sociales. Teorías biológicas, psicológicas y sociológicas han sido desarrolladas con el objetivo de explicar y comprender su etiología (causas) y epidemiología (procesos). Metodológicamente, sin embargo, predominan los enfoques cuantitativos y longitudinales (Ej.: Block & Block, 1980, 1993).

A pesar de lo prometedor que parece el estudio del homicidio para comprender el fenómeno de la violencia social, un aspecto poco explorado es el de los elementos cualitativos que confluyen en el evento homicida, entendido como “la convergencia quintaesencial del ofensor, la víctima y la ofensa misma, que define el contexto situacional del homicidio y que permite sentar las bases para distinguir, cualitativamente, entre diferentes actos homicidas” (Miethe & Regoeczi, 2004:1,

Por su parte, la psicología se ha interesado por estudiar la conducta del ser humano en todas sus dimensiones, especialmente, se ha centrado en los comportamientos patológicos y en las áreas disfuncionales o desadaptativas de éste, es por eso, que ha surgido el interés por estudiar las conductas delictivas y sus posibles causas, como es el caso del homicidio.

Para ello se han utilizado herramientas que permitan conocer, explicar y predecir estas conductas en el ser humano. Uno de los aspectos que ha recibido más interés en la conducta homicida es la personalidad, puesto que ésta se conoce cómo un patrón complejo de características psicológicas, generalmente inconscientes y difíciles de cambiar, y que se expresan automáticamente en el comportamiento de un individuo. Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizajes, y en última instancia comprenden el patrón que establece la forma de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo (Millon y Everly, 1996). En los estudios realizados, se asocian algunas características de la personalidad con el homicidio, entre ellas, características psicopáticas, y trastornos de personalidad antisocial especialmente por delito alguno.

II. ANTECEDENTES.

Garrido et al. (2013) con un caso individual muestran que mediante tres diferentes test aplicados, priman patrones de personalidad antisocial, evitativo y sádico agresivo; además puntualizan claramente que el sujeto homicida presenta una patología acorde a un posible trastorno de la personalidad similar a lo expuesto por Follino (2003) quien encuentra una primacía de la personalidad antisocial en la mitad de los evaluados, seguidos de la personalidad narcisista y el retraso mental moderado en los prisioneros.

De esta forma, los antecedentes presentan que los rasgos de una personalidad impulsiva en la cual prima el sentido emocional son asociados a conductas delictivas como el homicidio, aspecto que es señalado por Freixanet et al (2001) que indican que la impulsividad sería el mediador principal de la conducta delictiva, junto con la extroversión. Sin embargo, autores como Ortiz et al (2006) proponen otra posición de acuerdo a los resultados de sus estudios, al encontrar que las personas que cometen homicidio, principalmente tienden al estilo de personalidad dependiente y compulsivo, sin descartar también la personalidad antisocial, límite, paranoide y esquizotípica.

Adicional a esto, estudios colombianos indicaron que en el caso de los adolescentes homicidas se presenta una tendencia a la impulsividad con rasgos disociales y en su mayoría con consumo de sustancias psicoactivas, y solo el 39% de los condenados por homicidio cumplen con los criterios diagnósticos para indicar trastorno de personalidad antisocial y el 50% para psicopatía (Atehortua, y otros, 2008; y Echeverry, et al, 2002).

Con relación a los resultados arrojados por abuso de drogas y alcohol en el estudio de Garrido et al (2013), hay una dependencia al abuso de drogas con un alto puntaje, seguido a esto Winberg y Vilalta (2009), también encontraron abuso de drogas, además de alcohol en sujetos condenados y civiles, pero en mayor uso por parte de los varones. Así mismo Ortiz et al (2006), en su investigación sobre factores de personalidad y delitos violentos, evidenciaron un alto consumo de sustancias psicoactivas y alcohol en la conducta psicopática.

Las investigaciones que buscan diferencias en los rasgos de personalidad según el género, indican una prevalencia de homicidios por parte de los hombres. Winberg y Vilalta (2009), registran que la mayoría de personas que conforman la investigación son hombres acusados de violencia doméstica (asesinato), mientras que las mujeres registraban delito de asesinato general, aspectos que suelen ser señalados por otros investigadores (Freixanet, Pérez, Ventura, y Vidal, 2001). Ortiz, Fierro, Blanca, Cardenal y Sánchez (2006) encuentran tendencias al estilo de personalidad dependiente y compulsiva tanto en hombres como en mujeres, aunque la confiabilidad del estudio se encuentra comprometida por aspectos relacionados a la muestra (mayoría de hombres que mujeres). Por otra parte, Alvarado, Bueno y Krivoy (2006), formaron su estudio netamente masculino con un grupo de 30 personas, siendo esta una población homicida con resultados poco veraces.

Dentro de lo encontrado por parte del tipo de prueba aplicada cabe resaltar que, se observó que, mediante la aplicación del test proyectivo de la figura humana, Mejía y Pérez (2008) observaron la posición egocéntrica de los homicidas en un 80%, seguido de aplanamiento afectivo de estos en un 60%, además de adherir una conducta extravagante mediante la impulsividad por la presencia de tatuajes y perforaciones.

Alvarado, Bueno y Krivoy (2006), aplicaron tres pruebas el PLC- R, WAIS III y el Psicodiagnóstico de Rorschach arrojando un trastorno antisocial de la personalidad acompañado de un buen rendimiento en la clave de números y el índice de velocidad de procesamiento; asimismo el puntaje del PLC- R, más cercano es 43% de psicopatía no relevante. Atehortua et al (2008), utilizan como metodología de investigación la observación análisis de unos antecedentes e historiales de adolescentes de la ciudad de Medellín y de ahí introducen hipótesis las cuales indican como resultado de investigación.

“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 habitantes), 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 homicidios asociados a la delincuencia organizada y las pandillas, los cuales se dan más en el continente americano que en otras regiones; además, si se considera que 43% de todas las víctimas de homicidio tienen entre 15 y 29 años de

edad, ello significa que una de cada siete víctimas a nivel global es un joven del continente americano de entre esas edades” (UNODC, 2013).

Además, la mayoría de las víctimas de homicidio, alternan entre grupos etarios de hombres y mujeres generalmente jóvenes que comprenden edades entre 15 a 29 años y de 30 a 44 años, es decir, casi la mitad de todas las víctimas tienen entre 15 y 29 años de edad y poco menos de un tercio se encuentran entre los 30 y 44 años. Se observa que en el caso de población masculina de 15 a 29 años latinoamericana supera el promedio global. El grupo de 30 a 44 años presenta mayor riesgo en algunos países de América central, el Caribe y todas las sub regiones de Europa. Se destaca que cerca de 36.000 niños menores de 15 años fueron víctimas de homicidio en todo el mundo en 2012, representando el 8% de todas las víctimas de este delito (UNODC, 2013).

No obstante, el estado de la problemática del homicidio a nivel de América Latina reveló que Colombia con un 30.8%, ocupa el décimo puesto entre los países con las tasas más altas, lista encabezada por Honduras con un 94.4%, seguido de Venezuela con un 53.7% de homicidios (CNN, 2014).

En Países con una mayor densidad poblacional como México, en el año 2012, ocurrieron 21.5 homicidios por cada 100.000 habitantes (CNN, 2014) y en Sudáfrica ocurrieron 31 homicidios (El Banco Mundial, 2014). El caso de Colombia es particular, debido a que cuenta con una densidad poblacional más baja respecto a éstos países, y se encuentra con una tasa de 38 homicidios por cada 100.000 habitantes, de acuerdo a esta cifra, por lo tanto es identificado como uno de los países con las mayores tasas de homicidio a nivel mundial (El País, 2014), con un registro de que cada 30 asesinatos ocurre en Colombia (El Tiempo, 2014), y para el año 2013 ocurrieron 4.294 casos, de los cuales 13.119 fueron hombres y 1.163 mujeres, (Medicina Legal, 2013).

Se identifica que el número total de la población masculina reclusa a nivel nacional, condenados por delito de homicidio es aproximadamente de 21.297 y sindicados 7.832. Esto ubica el homicidio como el segundo delito en la escala de la modalidad delictiva después del hurto (INPEC, 2014).

En 2012, casi medio millón de personas (437 000) perdieron la vida a causa de homicidios dolosos en todo el mundo. Más de una tercera parte de éstos (36%) tuvieron lugar en el continente americano, 31% en África, 28% en Asia, mientras que Europa (5%) y Oceanía (0.3%) presentaron las tasas más bajas de homicidio a nivel regional. Si bien la tasa promedio global de homicidios es de 2. Estudio mundial sobre el homicidio 6.2 por cada 100 000 habitantes, África del Sur y América Central muestran promedios cuatro veces mayores (por arriba de 24 víctimas por cada 100 000 habitantes), lo que las vuelve las subregiones con las tasas de homicidio más altas que se hayan registrado, seguidas por América del Sur, África Central y el Caribe (entre 16 y 23 homicidios por cada 100 000 habitantes). Por su parte, con tasas cinco veces más bajas que el promedio global, Asia Oriental, Europa del Sur y Europa Occidental son las subregiones con los menores índices de homicidio. Casi 3 000 millones de personas viven en un conjunto. (UNODC, 2013)

Finalmente, en todos los artículos se encontró diferentes resultados que pueden soportar empíricamente la importancia del estudio de los rasgos de personalidad y la conducta homicida, además el uso de gran cantidad de instrumentos que pueden ser utilizados debido a que presentan coherencia con el constructor, teniendo en cuenta que algunos de ellos como las técnicas proyectivas continúan siendo discutidas al momento de asegurar la validez de sus estudios.

III. JUSTIFICACIÓN.

La psicología jurídica, trata de comprender aquellos aspectos que influyen para que un individuo llegue a cometer un delito, identificando el tipo de vínculo que se establece entre las características individuales de cada sujeto y la manera en que interactúa con el medio. Teniendo en cuenta lo anterior, es preciso resaltar la importancia de este estudio para la psicología en general y para esta rama especialmente.

Con base en este argumento, se observa la necesidad de evaluar los rasgos de la personalidad de individuos condenados por homicidio que permita realizar una descripción de los trastornos mentales presentes, para generar estrategias alternativas para encontrar métodos que alerten y prevengan dicha conducta y factores de intervención posterior al encarcelamiento. Este estudio es pertinente, ya que identifica si las variables o los aspectos predisponentes para cometer el delito, modifican o resaltan diferencias en el perfil de personalidad; en caso de que existan diferencias o similitudes se pretenden describir y comparar.

En la región, poco se han realizado investigaciones de este tipo, pues éstas generalmente se refieren a la cantidad, tipo de armas usadas, grupos etarios, y no a variables psicológicas que permitan una identificación clara, por lo que sería un importante aporte a los profesionales interesados en abordar esta problemática, asimismo como base a futuras investigaciones, debido a su valor teórico y la conceptualización de los resultados.

El interés por estudiar esta problemática surge de conocer los motivos y circunstancias que llevaron a cometer homicidio de los privados de libertad. La relevancia de este tema radica en que en nuestro país hay pocos estudios sobre el tema.

Este estudio tendrá un valor para la comunidad en general, ya que se ve afectada por el consumo de sustancias psicoactivas y homicidios, principalmente en la adolescencia y juventud, por ello esta investigación con privados de libertad, donde se pretende identificar la posible relación del consumo de sustancias psicoactivas con enfermedades mentales y homicidios con reos que guardan prisión en el Sistema Penitenciario “Puertas de la Esperanza”, del municipio de Estelí, lo que permitirá conocer la realidad

y así poder apoyarlos en aspectos psicosociales, también de referencia a futuras investigaciones que deseen profundizar en la materia.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El homicidio como acto de vulneración a la vida es una problemática que ha existido a lo largo del desarrollo de la humanidad. En la antigüedad, la disputa de territorios, deudas de honor y la diferencia de cultos eran las principales causas para que se diera esta conducta; sin embargo, también ha existido mecanismos de control social y cultural que la han condenado, aunque en ocasiones las prácticas de condena son insuficientes en coaccionar su expresión, pues este fenómeno con el transcurso del tiempo ha ido tomando fuerza y se ha convertido en una de las principales problemáticas sociales. Por lo tanto, el homicidio suele ser considerado bajo el sentido restringido del delito, y se conoce como:

“La supresión o supresión de las funciones vitales, sin justificación jurídica atendible, que puede ser de forma intencionada o dolosa, con culpa o preterintención y bajo observación de la relación entre el hecho de la gente y la muerte producida. Por lo tanto, se define como, la muerte de un hombre cometida injustamente por otro” (Vallejo,2006).

El consumo de sustancias psicoactivas influye en las conductas psicosociales, de las personas impulsando a cometer homicidios. Con relación a lo antes descrito se plantea la siguiente pregunta que guiará el proceso de la investigación:

¿Cuál es la relación entre consumo de sustancias psicoactivas y enfermedades mentales en privados de libertad por delitos de homicidios en Sistema Penitenciario “Puertas de la Esperanza”, del municipio de Estelí de enero a julio 2015?

V. OBJETIVOS

5.1. Objetivo general

Identificar la relación entre consumo de sustancias psicoactivas y enfermedades mentales en privados de libertad por delitos de homicidios en el Sistema Penitenciario “Puertas de la Esperanza”, del municipio de Estelí, de enero a julio 2015.

5.2. Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.
2. Establecer relación del consumo de sustancias psicoactivas con los homicidios cometidos por privados de libertad.
3. Identificar los tipos de sustancias psicoactivas consumidas durante el evento.
4. Identificar los tipos de trastornos mentales en los privados de libertad.

VI. MARCO TEÓRICO

DEPENDENCIA: es una adaptación psicológica, fisiológica y bioquímica causada por una exposición reiterada a una droga, haciéndose necesaria la utilización de la sustancia para que desaparezcan los efectos no deseados que aparecen cuando dejan de consumirse. Aparece tras un periodo en el que se ha usado frecuentemente una sustancia. (Rufino, 2012)

Según la APA (DMS-IV-TR), “la característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella” y añade que “existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, a una clínica de abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia” (Martin del Moral, Lorenzo Fernandez., 2013)

DEPENDENCIA FÍSICA: es la adaptación del organismo a la droga, y se caracteriza por una necesidad imperiosa de conseguir unos determinados niveles de dicha sustancia para que se pueda mantener con normalidad. Los síntomas que se producen constituyen lo que se conoce como “Síndrome de abstinencia”.(Rufino, 2012)

DEPENDENCIA PSICOLÓGICA: es un deseo a veces irresistible, de consumir una sustancia con el fin de obtener un estado de satisfacción. Pasado el tiempo, se consume para evitar sensaciones negativas, aunque ya no se consiga la satisfacción buscada, la persona tiene la sensación de que le resulta imprescindible. (Rufino, 2012)

El CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 2005) refiere que, para poder hablar de dependencia, han de presentarse tres o más de los siguientes criterios en un periodo de 12 meses:

- Fuerte deseo de consumir la sustancia (craving)
- Dificultades para controlar dicho consumo
- Síndrome de abstinencia al interrumpir o reducir el consumo.

- Abandono progresivo de intereses ajenos al consumo de la sustancia. Inversión cada vez mayor de tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia o con la recuperación de sus efectos.
- Persistencia en el uso de la sustancia a pesar de percibir de forma clara sus efectos perjudiciales.
- Intoxicación: Hace referencia a los cambios fisiológicos, psicológicos o comportamentales provocados por el consumo de una sustancia.
- Tolerancia: Necesidad de aumentar la dosis de la sustancia para conseguir los efectos que antes se conseguían a dosis inferiores o bien disminución de los efectos producidos por la sustancia al utilizarla de forma frecuente. No implica, necesariamente, dependencia.
- Síndrome de abstinencia: Conjunto de reacciones físicas o corporales que ocurren cuando una persona dependiente de una sustancia deja de consumirla o reduce su consumo.

TOLERANCIA: definida por cualquiera de los siguientes ítems: a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. b) El efecto de las mismas cantidades de la sustancia disminuye claramente con su consumo continuado. (Rufino, 2012)

Los factores de riesgo se clasifican en tres grandes grupos:

- ✓ Vinculados a la sustancia.
- ✓ Vinculados a las características del individuo.
- ✓ Vinculados al contexto social.

1. Factores de riesgo vinculados a la sustancia:

La sustancia en sí misma no es un elemento fundamental; adquiere importancia en la medida en que cumple determinada función para el usuario de la misma y en el marco de un contexto que le otorga un significado concreto. No obstante, la composición química y la capacidad adictiva de algunas sustancias, hace que su consumo entrañe un riesgo.

2. Factores de riesgo vinculados a las características del individuo:

En este apartado se incluyen las variables propias y las características de cada persona que han sido relacionadas, en las últimas investigaciones, con una mayor probabilidad de consumo de drogas. Son las siguientes:

Edad. En determinadas etapas evolutivas como, por ejemplo, la adolescencia, aumentan los riesgos de iniciación.

Baja autoestima. La autoestima, es decir, la forma en que la persona se valora a sí misma (los defectos y las cualidades), ha mostrado tener gran influencia en el consumo de drogas. De hecho, es uno de los aspectos de la personalidad que más se deteriora a medida que avanza el proceso de adicción y que más atención requiere durante el tratamiento de la drogodependencia.

Baja asertividad. Una persona asertiva es aquella que es capaz de expresar sus sentimientos y sus opiniones de forma sincera y clara, comportándose de acuerdo a sus propias ideas y haciendo respetar sus derechos, sin herir a los demás, pero sin dejarse avasallar. Si un individuo no es capaz de ser asertivo, es decir, si no es capaz de mantener sus propias opiniones y de actuar según su criterio, es muy probable que tenga dificultades para enfrentarse adecuadamente a los demás cuando se trata de rechazar una oferta de drogas.

Elevada búsqueda de sensaciones. Las personas que muestran una elevada búsqueda de sensaciones se caracterizan por una tendencia a experimentar sensaciones nuevas e intensas, a menudo sin reparar en los riesgos que ello implica.

Falta de conformidad con las normas sociales. La sociedad regula numerosas conductas, entre las cuales está el consumo de drogas.

Lugar de control externo. El lugar de control es una variable de la personalidad que tiene que ver con el punto en que las personas sitúan la causa de los acontecimientos que les suceden, oscilando desde un lugar de control muy externo (cuando considera que la causa está en factores externos a él, tales como la suerte, la sociedad, etc.) hasta

un lugar de control muy interno (cuando considera que la causa se localiza en factores internos, tales como el esfuerzo, la inteligencia, etc.)

Baja asertividad. Una persona asertiva es aquella que es capaz de expresar sus sentimientos y sus opiniones de forma sincera y clara, Si un individuo no es capaz de ser asertivo, es decir, si no es capaz de mantener sus propias opiniones y de actuar según su criterio, es muy probable que tenga dificultades para enfrentarse adecuadamente a los demás cuando se trata de rechazar una oferta de drogas.

Falta de conformidad con las normas sociales. La sociedad regula numerosas conductas, entre las cuales está el consumo de drogas. En algunos casos, mediante disposiciones legales (drogas ilegales, prohibición de venta de alcohol o tabaco a menores, etc.)

Escasa tolerancia a la frustración. A lo largo del proceso de desarrollo de la personalidad, el sujeto aprende a postergar la gratificación de sus necesidades, de tal forma que llega a ser capaz de asumir una cierta dosis de frustración.

Dificultad para el manejo del estrés. Muchos de los efectos de las drogas sobre el sistema nervioso producen sensaciones de relajación o de bienestar. Por este motivo, cuando se tienen dificultades para controlar la sensación de ansiedad que genera el ambiente, es probable que se recurra al consumo de drogas.

Elevada necesidad de aprobación social y falta de autonomía respecto al grupo. A lo largo del proceso de socialización se aprende a valorar los refuerzos sociales, entre los que la aprobación de los demás es uno de los más importantes. Algunas personas tienen mayor necesidad de obtener tal aprobación, lo cual les puede llevar a una situación de extrema dependencia respecto al grupo ya que, para lograrla, ajustarán su conducta a las exigencias de los demás sin tener en cuenta si se trata de un comportamiento adecuado e ignorando los costes personales que ello puede suponer.

Bajo aprovechamiento escolar. Aunque no hay que sobrevalorar el papel del éxito académico como protector frente al consumo de drogas (de hecho, algunas investigaciones han encontrado consumidores de drogas en todos los niveles de

rendimiento escolar y en todos los niveles educativos), sí que es cierto que un escaso aprovechamiento escolar es un factor que se relaciona habitualmente con el consumo de drogas.

Falta de conocimientos acerca de las drogas. La falta de conocimientos acerca de las drogas ha sido una de las causas que se ha relacionado con su consumo.

Actitudes favorables hacia las drogas. Tener una actitud positiva hacia el consumo de drogas constituye un factor de riesgo evidente, puesto que predispone favorablemente al individuo hacia su consumo.

Factores de riesgo vinculados al contexto social:

A través del contacto con los demás, las personas aprenden a realizar numerosas conductas, no sólo mediante la observación de otros, que actúan como modelos, sino también a través de refuerzo que se obtienen de los demás cuando aprueban el comportamiento realizado.

El consumo de drogas no es diferente a otras conductas y, en consecuencia, está influido por multitud de procesos sociales que se producen en los distintos ámbitos en que uno se relaciona con los demás: familia, trabajo, grupo de amigos, etc.

Además, las influencias sociales que afectan al consumo de estas sustancias van más allá del ambiente inmediato, de forma que se relacionan con fenómenos generales propios de las sociedades más avanzadas (la publicidad, el hacinamiento en las grandes ciudades, etc.), siendo incluso objeto de regulación por medio de normas propias de cada cultura (estableciendo sustancias legales e ilegales, edades mínimas para consumir, lugares para fumadores, etc.). En conjunto, las personas – independientemente de sus características individuales– se ven influidas en sus conductas relacionadas con las drogas no sólo por los individuos próximos a ellos y por sus grupos de pertenencia más inmediatos. (Teresa Laespada, Ioseba Iraurgi y Elisabete Aróstegi, 2004)

¿Cómo actúan las drogas sobre el cerebro?

Las drogas son sustancias químicas. Actúan sobre el cerebro penetrando el sistema de comunicación del cerebro e interfiriendo con la manera que las células nerviosas normalmente envían, reciben y procesan la información. Algunas drogas, como la marihuana y la heroína, pueden activar a las neuronas porque su estructura química imita aquella de un neurotransmisor natural. Esta similitud en la estructura “engaña” a los receptores y permite que las drogas se adhieran y activen a las células nerviosas. (Volkou)

¿Cómo afecta a los circuitos del cerebro el consumo de drogas a largo plazo?

Los mismos tipos de mecanismos que están implicados en el desarrollo de la tolerancia pueden eventualmente causar cambios profundos en las neuronas y en los circuitos del cerebro, con la posibilidad de comprometer severamente la salud del cerebro a largo plazo. Por ejemplo, el glutamato es otro neurotransmisor que influye sobre el circuito de gratificación y la habilidad para aprender. (Volkou)

¿Qué otros cambios ocurren en el cerebro con el abuso?

La exposición crónica a las drogas de abuso interrumpe la manera en que las estructuras esenciales del cerebro interactúan para controlar el comportamiento, en particular, el comportamiento específicamente relacionado al abuso de drogas. (Volkou)

Causas de la adicción

La causa de la adicción es el consumo facilitado por el uso de cualquier sustancia adictiva y, en todos los casos, el factor es la intoxicación que genera el ciclo auto-destructivo de dependencia patológica.

Es imposible determinar o hacer referencia a una diagnosis generalizada en relación a la drogadicción. Si bien puede haber similitudes circunstanciales entre un adicto y otro al momento de su vinculación con las drogas, no hay trastornos en común a todos. Los factores relacionados al uso y consumo varían según la persona, la historia de vida y el contexto en el cual precisan proveerse del tóxico.

Las causas que inducen a una persona a la necesidad constante de consumo de una droga tienen raíces en diferentes planos de su vida (personales, familiares, sociales,

laborales u otros). Es habitual que una persona con adicción presente, en etapas de tratamiento de rehabilitación, aspectos psico-somáticos que puedan estar asociados y considerarse como los causantes, aspectos que suelen tomarse como una consecuencia reactiva de la adicción. Sea cual sea la dependencia de un adicto, sea cual sea el tipo de sustancia que consume, existen terapias de desintoxicación eficientes (efectivas y eficaces). Estas deben ser acompañadas por supervisión médica y tratamiento, buscando resolver además, los mencionados puntos profundos; aquellos factores críticos que motivarán el consumo y su dependencia. En la mayoría de las ocasiones, el daño que genera la sustancia en sí, no es un impedimento para controlar la raíz del problema crónico en este trastorno, sino una grave consecuencia de tal situación.

Según Néstor Szerman, presidente de la Sociedad Española de Patología Dual, el 70 por ciento de los adictos sufren algún tipo de patología mental asociada. Sobre la base de esta concepción nace el término “patología dual”.

Perfil psicosocial del drogadicto, consecuencias y centros de apoyo

Hoy en día el uso de sustancias psicoactivas representa un grave problema de salud pública, el cual se acentúa por lo difícil del tratamiento y lo complejo que es el proceso de rehabilitación. Según Yablonsky, quien ha investigado en esta área por más de 35 años, el drogodependiente niega que esté en dificultades con la sustancia psicoactiva (ilusión de control); también la familia trata de esconder las dificultades; inicialmente aferrándose a la idea de que su familiar no es un drogodependiente pero paulatinamente con el aumento de conflictos, por la destrucción y ruptura de la relación de confianza que frecuentemente, y a veces de modo irreversible, hará incompatible la comunicación o la actuación.

El evento más sistemático es que el drogadicto se miente así mismo” se droga para prometerse que no volverá a drogarse”. Y cuando acepta en algo sus dificultades frente a la sustancia, comienza a responsabilizar a los demás de sus problemas (victimismo). Otro evento consiste en manipular o chantajear a sus familiares pues sabe cuáles son los puntos débiles de cada uno, y esto lo hace para obtener lo que desea o sentir menos culpa. El drogodependiente sólo tiene una idea en la cabeza y ella es: ¿cómo y cuándo consumiré de nuevo? Varios autores llaman “compulsión” a este deseo irresistible.

Las consecuencias del abuso de drogas pueden ser las siguientes:

- Trastornos fisiológicos y psicológicos: entre los trastornos fisiológicos convulsiones, cambios en el ritmo cardíaco, deterioro del sistema nervioso central, etc. Entre los trastornos psicológicos tenemos: alucinaciones, tendencias paranoicas, depresión, neurosis, etc.
- Deterioro y debilitamiento de la voluntad: el drogadicto se vuelve literalmente un esclavo del consumo de la droga, pudiendo llegar hacer lo que sea para conseguirla.
- Deterioro de las relaciones personales: el drogadicto ya no es capaz de mantener su estabilidad ni vínculos saludables, ya sea con familiares o amigos. Muchas veces roba o engaña para poder conseguir droga, lo cual deteriora aún más la confianza y el contacto en sus relaciones afectivas.
- Bajo del rendimiento en el trabajo o en el estudio. Se llega al grado de abandonar metas y planes, recurriendo a la droga como única "solución".
- Consecuencias sociales: el drogadicto puede verse involucrado en agresiones o conflictos violentos por la pérdida de asertividad. Bajo la influencia de la droga se puede llegar a delinquir o cometer crímenes tales como robos o asesinatos.
- Consecuencias económicas: El uso de drogas puede llegar a ser muy caro, llevando al drogadicto a destinar todo su patrimonio y recursos para mantener el consumo.

Efectos

El consumo repetido de drogas da lugar a que el organismo se acostumbre físicamente. Las drogas interfieren en los mecanismos neurológicos y biológicos, en particular en las sustancias químicas que transmiten los mensajes entre las células del sistema nervioso (neurotransmisores), y se fijan en los receptores específicos del cerebro. En condiciones normales, estos receptores reciben sustancias secretadas por el cuerpo (endorfinas), que tienen propiedades calmantes y que generan una sensación de placer. Cuando el organismo recibe regularmente sustancias morfínicas de origen externo (como en el caso de los consumidores de heroína), la producción interna de endorfinas disminuye. Las sensaciones de placer no pueden provenir, en una determinada fase de la intoxicación, más que de un aporte externo. Los efectos de las drogas sobre el cerebro se caracterizan por: confusión mental, delirio, alucinaciones y comportamiento generalmente agresivo.

Para muchas personas consumir drogas es una salida fácil pues en ella encuentran un falso refugio que la aparta de la realidad (*mens sana in corpore sano*) y sin darse cuenta van cayendo en un abismo que muchas ocasiones tiene fatales consecuencias.

El abuso de drogas de modo casual o compulsivo, puede considerarse como un comportamiento "resorte" que se mantiene por sus consecuencias inmediatas; cuando éstas refuerzan el hábito de uso, que puede afianzarse por la conducta anterior de la toma de la droga bien con un efecto placentero (refuerzo positivo) o bien paliativo ante alguna situación aversiva para el individuo (refuerzo negativo) como el alivio del dolor, el miedo, la inseguridad o ansiedad. El refuerzo secundario o social es independiente de los efectos farmacológicos de la droga y puede tener un papel importante. El contacto con drogas puede conferir cierta categoría social, permite el trato e ingreso en un ámbito o grupo social determinado o es consigna de aprobación o admiración en su entorno. A veces este refuerzo social mantiene la conducta experimental del individuo, hasta que se llega a apreciar el efecto primario de la droga o se toleran los efectos aversivos iniciales de la droga. Esto es muy típico de drogas socialmente aceptadas, como los efectos iniciales del tabaco.

Las drogas también pueden producir trastornos digestivos y cardíacos. Existe el riesgo de obstrucción brusca de un vaso sanguíneo (embolia) y de aparición de diversas infecciones cuando se administran por vía intravenosa. En dosis muy altas, pueden producir una intoxicación aguda, que puede llegar a la muerte por sobredosis.

De acuerdo con los efectos que producen las drogas se clasifican en:

- Depresoras: son sustancias que disminuyen u obstaculizan la actividad del SNC. Entre las más importantes figuran el alcohol, los sedantes, el opio y la heroína.
- Estimulantes: son sustancias que excitan o aumentan la actividad del SNC, incluyen la nicotina del tabaco, la cocaína y las anfetaminas.
- Alucinógenos: sustancias del tipo del LSD que actúan sobre el SNC provocando alucinaciones y delirios.

Más allá de los tipos de drogas de los que se trate, la drogadicción es un problema socioeconómico que nos afecta a todos. Los drogadictos son enfermos que necesitan comprensión, apoyo moral y afectivo de su entorno, y como son muy difíciles de curar requieren de la intervención de profesionales especializados.

El deporte en la lucha contra las adicciones

El deporte puede ser una gran herramienta para luchar contra el consumo de drogas, esto por distintos motivos:

- Muchas personas consumen sustancias para mejorar su capacidad de socialización, el deporte es uno de los mejores métodos para unir a distintas personas y mejorar así la capacidad de socialización de cada persona.
- El deporte concurre a incrementar la autoestima de uno mismo a través del continuo reto personal a mejorarse, eliminando así el factor de consumo de drogas por depresión;
- Los momentos de ocio son en los que hay más consumo de drogas. Colocándose en este mismo tiempo el deporte 'robaría' así horas al ocio del individuo distrayéndole.
- El deporte, en cuanto actividad física intensa, facilita la producción de endorfinas, neuroproteínas que donan al cuerpo y al cerebro una sensación de bienestar, compensando la tristeza debida a la falta de consumo de sustancias estupefacientes.

Los motivos son muchos, es por eso que el deporte es una de las herramientas más poderosas para facilitar la vida a quien ha dejado y quien quiere dejar las drogas.

Homicidio

Según el Código Penal Colombiano (2006), el concepto dogmático de homicidio se considera en sentido restringido como delito. Entre tanto, se conoce como la supresión o supresión de las funciones vitales, sin justificación jurídica atendible, que puede ser de forma intencionada o dolosa, con culpa o preterintención y bajo observación de la relación entre el hecho de la gente y la muerte producida. Por lo tanto, se define como *“la muerte de un hombre cometida injustamente por otro”* (Código Penal).

Personalidad del homicida

Psicología y psiquiatría se han encargado de analizar las diferencias individuales en tendencias delictivas y desarrollar posibles tipologías delincuentes que recojan aspectos esenciales personalidad. Entre tanto, fenómenos delictivos como el homicidio han sido de notable interés para este campo del conocimiento, permitiendo tipificar rasgos o características de influencia para ésta conducta.

La evidencia disponible en cuanto a la revisión teórica de aportación multidisciplinar al estudio de la personalidad y el fenómeno de homicidio señalan que: los trastornos de personalidad del Clúster B (especialmente, la personalidad antisocial y la personalidad límite o borderline) suelen tener una conexión violenta más intensa, los trastornos del Clúster A (sobre todo, la personalidad paranoide) moderada y en los trastornos del Clúster C (generalmente, en la personalidad obsesivo-compulsiva) mínima o inadvertida.

Por otra parte, dentro de la literatura científica se ha contemplado ampliamente una relación el trastorno de la personalidad antisocial y la delincuencia. Stone (2007, Citado González, 2011), propone que en presos no psicopáticos los trastornos del Clúster A se caracterizan por tipos más extremos de violencia, mientras que los trastornos del Clúster B son predominantes.

Jiménez y Zúñiga (2008, Citado González. s.f), el delito de homicidio cometido por individuos con diagnóstico de psicopatía suele ser impactante a la sociedad, debido al contenido extravagante y sangriento del acto, que tiene como fin una estimulación sexual, económica o compensación egocéntrica.

Por su parte, Megargee (1966, Citado de González. s.f. pág. 05), sugirió que los delincuentes violentos podían dividirse en dos categorías: los sobrecontrolados y los subcontrolados. De acuerdo a este modelo, *“la violencia ocurre cuando la instigación a ejercerla, exacerbada por la rabia, excede el nivel de control de los sentimientos agresivos o impulsos de un individuo”*. Sin embargo, los sujetos sobre controlados raramente agreden física o verbalmente ante provocaciones, incluso muy serias; su agresión es acumulativa y puede desencadenar inesperadamente en actos de violencia extrema. Una vez liberada la tensión, el individuo regresa su estado normal de tranquilidad y control. Blackburn (1971, Citado de González. s.f.), encontró que los represores sobre controlados exhiben un alto grado de control del impulso y de actitud defensiva, bajos niveles de hostilidad, ansiedad y síntomas Psiquiátricos.

Melvin, Philip Zimbardo y Minera Bertholf (1997, Citado Coon, 2006), hallaron en la investigación realizada a prisioneros condenados por homicidio en una cárcel de Stanford, California, que los asesinos repentinos son generalmente personas pasivas, tímidas y demasiado controladas (reprimidas). Los prisioneros habitualmente violentos son “masculinos” (agresivos), poco controlados (impulsivos) y menos

propensos a considerarse tímidos que las personas comunes. Además, se ha encontrado que los individuos tranquilos y demasiado controlados tienden a desencadenar ataques violentos a raíz de una pequeña molestia o frustración, revelando en su conducta años de contención emocional. Por su parte, asesinos con antecedentes violentos, reaccionan con una violencia moderada, suficiente para cometer el acto y así, poder conservar su virilidad o remediar alguna situación de engaño.

Definición de la personalidad y algunas teorías

Inicialmente, se encuentra que el estudio de la personalidad presenta varias problemáticas, entre ellas aspectos relacionados con su medición, diversidad de definiciones relacionadas a las teorizaciones en psicología, entre otras; aspecto que es similar a lo que ocurre con otros términos en psicología, en los cuales no existe un consenso entre los autores. Algunos autores proponen que “*un dato que puede constatarse sistemáticamente es la necesidad que tiene cada autor de presentar su propia definición o alguna aproximación al concepto*” (Moreno, 2007). En este sentido, se indica que pueden referenciarse cinco tipos de definiciones sobre la personalidad: aditivas, integrativas, jerárquicas, adaptativas y distintivas (Allport, 1937 citado en Moreno, 2007).

De acuerdo a esto, Moreno (2007), afirma que las definiciones de la personalidad son el conjunto de factores organizados jerárquicamente y el cual tienen el objetivo de responder al ambiente de cada sujeto. Existen diferencias entre unas y otras teorías, pero la base está en el énfasis individual de cada autor, según el aspecto. Por lo tanto, la personalidad puede ser identificada como: “*la personalidad es la suma total de los patrones de conducta, actuales o potenciales, de un organismo en tanto que determinados por la herencia y el ambiente*” (Eysenck, 1947 citado en Sollod, Wilson, y Monte, 2009. Pág. 377). En la misma línea, se considera a la personalidad como: “*la personalidad como el conjunto de repertorios conductuales de un sujeto*” (Staats, 1997, citado en Moreno, 2007. Pág. 8).

Para comprender mejor la personalidad Millon (1976, Citado en Koldobsky, 2000) la define como un sistema adaptativo con ámbitos estructurales y funcionales; la estructura se articula en torno a metas motivacionales, modos cognitivos y comportamiento interpersonales, constituidos por diferentes dimensiones bipolares.

Pervin (1996) plantea que, *“La personalidad es una organización compleja de cogniciones, emociones y conductas que da orientaciones y pautas (coherencia) a la vida de una persona”* (Pervin, 1996, citado en Moreno, 2007, Pág. 8).

Mischel (1976, Citado de Moreno, 2007. Pág. 08), definía *“la personalidad como patrones típicos de la conducta en los cuales estaban incluidos las emociones y pensamientos que caracterizan la adaptación del individuo a las situaciones de la vida”* (Moreno, 2007). Finalmente, Pelechano (1995, Citado de Moreno, 2007), propone que la personalidad es el resultado del proceso del ciclo vital.

Teorías psicoanalíticas de la personalidad

Sigmund Freud (1856-1939), considerado padre del psicoanálisis y principal precursor de la personalidad en su época, sostiene que *“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, pág. 87). Dicho concepto surge en la integración de las dos tópicas formuladas dentro del psicoanálisis, las cuales responden respectivamente a la relación que adopta el individuo a su medio y asegura su autonomía (Arenas, Bedoya y Ríos, 2010, pág. 06). La primera corresponde a la capacidad humana de transmitir y transformar la energía en un sistema o instancia determinado, denominada como, Teoría del Aparato Psíquico (inconsciente, preconscious y consciencia); y la segunda, parte de la hipótesis estructural acerca del psiquismo, conocida a través de las instancias del Ello, yo y Superyó, las cuales aparecen durante el desarrollo vital del individuo y reflejan su comportamiento. (Arenas et al., 2010, pág. 07)

El Ello, es la única estructura que se encuentra presente en el nacimiento, surge de manera totalmente inconsciente y se interesa en satisfacer los deseos con el fin de evitar el dolor, su principal objetivo es el placer (Brainsky, 1998, pág. 87). Seguido a esto, el Yo, es la estructura que se encuentra entre lo consciente y lo preconscious, buscando satisfacer los deseos del ello en el mundo externo, no obstante, actúa bajo normas del principio de realidad utilizando razonamiento inteligente para garantizar que la satisfacción de los deseos del ello se logre de la manera más segura posible. Finalmente, cuando el sujeto alcanza una edad madura, es el Superyó, quién hace las veces de guardián moral, es decir, su función, es la de vigilar las acciones del Yo y

conducirlas en acciones morales socialmente aceptadas (Pervin y Cervone, 2009 pág. 87).

Según lo expuesto, se plantea que la personalidad consiste en un desarrollo, en la medida en que una persona logra satisfacer los deseos sexuales durante el curso de su vida, es decir, que la personalidad está determinada por la manera en que se aborda cada una de las etapas psicosexuales (Morris y Maisto, 2005, pág. 88). Estas etapas psicosexuales se dividen en cinco momentos en los que prima determinados aspectos.

Etapa oral: Este periodo comprende desde el nacimiento hasta los 18 meses y se caracteriza básicamente por el placer que recibe el infante especialmente en la boca, a través de la succión de alimentos y demás cosas que él pueda masticar y que según Freud los niños que satisfacen toda esta etapa tienden a ser adultos optimistas, crédulos y confiables, mientras que los que no son más pesimistas, sarcásticos, discutidores y hostiles, (Davidoff 1998. Pág. 88).

Etapa anal: Comprende de los 18 meses a los 3 años aproximadamente, esta etapa se caracteriza por una marcada atención y satisfacción a la función de la defecación, el niño tiene el dominio sobre sus esfínteres y disfruta de la expulsión y retención de heces (Freud,1967).

Etapa fálica: Va de los 3 a los 6 años, en esta etapa el niño descubre sus genitales y se apega al progenitor del sexo contrario mientras que experimentan sentimientos de rivalidad con el progenitor del mismo sexo. Si no logra darse una adecuada identificación con el mismo, podría desencadenar Complejo de Edipo o Complejo de Electra (Papalia y Wendkos, 1997, pág 88). Los individuos que no reciben suficiente gratificación en esta etapa suelen ser egoístas, vanidosos, con baja autoestima, tímidos y con sentimientos de minusvalía durante la edad adulta (Morris y Maisto, 2005 pág 88).

Etapa de latencia: Va de los 6 hasta los 12 o13 años, y en su teoría Freud aclaraba la permanencia de impulsos sexuales en los niños y como estos pueden jugar y experimentar con los otros niños del mismo sexo sin ninguna dificultad, esta etapa dependerá de la resolución de conflictos de las otras etapas sexuales y determinará en

cierta medida la calidad de su vida sexual, laboral y profesional. (Papalia y Wendkos, 1997. Pág. 89).

Etapa genital: “Momento en el cual se despiertan los impulsos sexuales permitiendo que el adolescente satisfaga todos los deseos reprimidos durante la niñez, las personas que logran abordar satisfactoriamente esta etapa, desarrollan un muy buen sentido de responsabilidad y preocupación por los demás”. (Davidoff, 1998 pág. 89).

Teorías conductuales de la personalidad

John B. Watson, a comienzos del siglo XX, propone que la personalidad se determina por el ambiente, manifestando con ello, su acuerdo con la teoría de la tabula rasa de Jhon Locke, formulada en el siglo XVII y soportada bajo el postulado que la mente de una persona al nacer es una hoja en blanco, es decir, sin condiciones heredadas genéticamente, las cuales serían determinadas exclusivamente por el ambiente. Dicho de otra forma, las habilidades sólo son provocadas por el aprendizaje y la experiencia, es decir, que la personalidad, dependería de este para ser moldeada, no sólo en la infancia, sino también en la edad adulta (, Davidoff, 1998, Citado en Montano, Cruz y Gantiva, 2009).

De igual forma, Skinner, al realizar sus estudios de aprendizaje humano y animal, afirmo que los conocimientos adquiridos por una persona son producto de los estímulos del ambiente que pueden reforzar o incrementar la incidencia de una conducta y todos ellos se hacen de manera similar, por tal razón, las motivaciones intrínsecas, los aspectos morales y los rasgos emocionales no existen (Papalia y Wendkos, 1997, Citado por Montano et. al.).

Asimismo, Hull (1943 pág. 96) dentro del modelo E-R, definió el concepto de personalidad como: “los estímulos (que) llegan a conectarse a las respuestas para formar lazos E- R; y a partir de esta asociación entre estímulo y respuesta se establecen los denominados hábitos; la estructura de la personalidad está en buena parte conformada por hábitos o lazos E-R”. Así mismo indica que “el impulso definido como un estímulo capaz de activar la conducta; por lo tanto, son los impulsos los que hacen responder a un individuo”.

Según, este autor, los estímulos pueden ser primarios (innatos) y secundarios (aprendidos); los primarios hacen referencia a condiciones fisiológicas en el interior del organismo (hambre, sed), y los secundarios aquellas asociaciones de impulsos primarios (ansiedad o miedo).

Teorías sociales y ambientales de la personalidad

Seligman (1975), propone que la indefensión aprendida es un aspecto que debe ser tenido en cuenta al considerar la personalidad desde un enfoque social: “los organismos son expuestos a situaciones en las que las consecuencias son independientes de todas sus respuestas, aprenden que las consecuencias son, de hecho, incontrolables, y este aprendizaje lleva al desarrollo de la expectativa de que en el futuro tampoco habrá relación de contingencia entre las acciones y las consecuencias” (Seligman, 1975, Citado en Yela, y Marcos, 1992).

Esto, a su vez, producirá tres tipos de déficits: motivacional, cognitivo y emocional. Igualmente, Bandura (1977, Citado de Montaña, Cruz y Gantiva. 2009), sugirió que: “la personalidad es la interacción entre cognición, aprendizaje y ambiente; de igual manera juegan un papel importante las expectativas internas de los individuos, pues el ambiente influye en la manera de comportarse y por tanto modifica las expectativas del individuo ante otras situaciones respecto a su comportamiento, teniendo en cuenta que las personas se ajustan a unos criterios o estándares de desempeño que son únicos a la hora de calificar un comportamiento en diversas situaciones.” (Montaña, Cruz, & Gantiva, 2009). Además, la personalidad se encuentra “integrada tanto por estructuras como por procesos y refleja tanto la naturaleza (genes) como el aprendizaje (experiencia). Además, la personalidad engloba los efectos del pasado, incluyendo los recuerdos del pasado, así como construcciones del presente y del futuro” (Pervin & Cervone, 2009).

Teorías cognitivas de la personalidad

El enfoque cognitivo- conductual destaca la teoría de la personalidad de Millon (1976, Citado de Koldobsky, 2000), como un sistema de desarrollo o forma de procesar la información, influido por variables biológicas y ambientales, que condicionan de forma individual la manera en que la persona se enfrenta al entorno (Koldobsky, 2000). Así mismo Eysenck (1987), distingue 3 dimensiones de la personalidad: extroversión, introversión y normalidad/ neuroticismo. Estas se

conceptualizan como variables independientes y continuas. Además, identifica que, *“la excitación- inhibición es una dimensión hereditable y que puede considerarse como la raíz biológica de la personalidad”* (Sollod, Wilson, & Monte, 2009).

Con base en esta linealidad, George A. Kelly (1955) con su teoría de los constructos, la personalidad está basada en las diferencias existentes en los constructos personales utilizados por cada persona. Y se propone que *“los procesos de una persona están psicológicamente dirigidos o determinados por las maneras en que anticipa sus eventos”* (Sollod, Wilson, y Monte, 2009).

Por su parte Mischel (1976, Citado de Montañó, Palacios y Gantiva. 2009), examina la estructura de la personalidad y las interacciones entre la cognición y la emoción, utilizando una variedad de medidas de comportamientos y biológicos.

León Festinger (1957, Citado de Ovejero, A. 1993), en su teoría de la disonancia cognitiva, la cual permite saber que el individuo tiende a evaluarse, es decir, a conocer si sus opiniones, actitudes y cualidades son correctas o comparables con las de otros individuos de su entorno.

Para Aarón Beck (1966) los procesos de la personalidad operan al servicio de la adaptación. Las estrategias que favorecen la supervivencia y la reproducción están genéticamente determinadas. Estas estrategias primitivas se observarían en forma exagerada como síndromes sintomáticos en los trastornos de personalidad, *además “el trastorno de la personalidad constituye probablemente una de las representaciones más impresionantes del concepto de “esquema”. Los esquemas (reglas específicas que gobiernan el procesamiento de la información y la conducta) pueden clasificarse en una variedad de categorías útiles. Se pueden inferir a partir de la conducta o identificarlos en la entrevista y la anamnesis”* (Caro, 2013 pág. 38), de acuerdo a la teoría de Beck, afirma que la estabilidad de los esquemas en una persona se refleja en la consistencia de sus respuestas sistémicas a lo largo de un rango de situaciones. E incluye en sus argumentos que, para este autor, *“su modelo es una teoría sobre la personalidad, en cuanto a su necesidad de explicar los trastornos de personalidad, para el desarrollo de su teoría y habla de la personalidad y de sus trastornos desde una perspectiva evolutiva, relacionada con la herencia filogenética”* (Beck y Freeman,1995),

Además, *“la secuencia psicológica progresa de la disposición para la estimulación afectiva y motivacional hasta la selección e implementación de estrategias relevantes. Las estrategias básicas, cognitivas, afectivas y motivacionales son las unidades fundamentales de la personalidad”* (Beck & Freeman, 1995, Pag. 75).

En este sentido, Ellis (1960), hace énfasis en los valores humanos y sostiene que aquello que llamamos personalidad consiste en gran medida en las creencias, constructos o actitudes que integran al ser humano; en la medida que éstas se soporten bajo el carácter irracional, este se sentirá perturbado o disfuncional. Finalmente, en las explicaciones sobre la estructura y el desarrollo de la personalidad se combina tanto aproximaciones de carácter más biológico, a cuyos factores se denominan temperamentales, como de aproximaciones de carácter más ambiental, a cuyos factores se denominan caracterológicos (Caballo, 2004 pág. 27)

VII. MATERIAL Y METODO

Tipo de Estudio: cualitativo de casos extremos con técnicas de entrevista a profundidad, cluster por conveniencia y muestreo.

Área de Estudio: se realizó en el Sistema Penitenciario Puertas de la Esperanza “La Chácara”, de la región norte y ubicado en el municipio de Estelí. En el período de enero a julio del 2015, con privados de libertad.



Población en estudio: dos personas privadas de libertad, por haber cometido homicidios, que poseen similares características: hombres, jóvenes, de procedencia rural.

Fuentes de información primaria: historia clínica, entrevista a profundidad y test psicológicos.

Criterios de Inclusión:

1. Pacientes que aceptaron participar en el estudio.
2. Que hayan cometido homicidio.
3. Del sexo masculino
4. Edad intervalo comprendido entre los 21 y 40 años.
5. Se consideran únicamente los sujetos nacidos y criados en el departamento de Estelí

Procedimiento para la Recolección de

Datos: para la recolección de datos se desarrollaron las siguientes actividades, se visitó al alcaide responsable del Sistema Penitenciario para formalizar presentación del origen, propósito e importancia del estudio a realizar y lograr la autorización y consentimiento de pacientes y se definió:



1. Horario de atención a los dos casos.
2. Notificación a los pacientes privados de libertad para informar y pedir autorización para realizar estudio.
3. Reunión con alcaide y oficiales responsables de pabellones para informar y pedir autorización para realizar estudio.
4. Llenar hoja de consentimiento informado.
5. Aplicación de historia clínica, test psicológicos, por la investigadora y entrevista con pacientes privados de libertad que habían consumido sustancias psicoactivas y cometido homicidios. De manera simultánea se trabajó con ambos internos, se realizaron 12 sesiones de trabajo, con una duración de 50 minutos cada una para la recolección de datos.
6. Agradecer a los participantes y asumir compromiso para presentar los resultados del estudio.



Instrumentos de recolección de información:

Para la recolección de la información se utilizó los siguientes instrumentos de recolección de datos:

A.- Historia Clínica: es la principal herramienta utilizada durante el proceso, permite recopilar todos los datos del paciente con el propósito de proveer instrumentos indispensables para conocer todas las áreas psicosociales o psicológicas, para realizar un diagnóstico correcto con su respectivo plan terapéutico.

B.- Entrevista a Profundidad: a través de esta herramienta cualitativa se tomaron de la manera más completa posible los antecedentes personales, familiares y sociales del paciente, tiene interés tanto en datos, fechas y eventos concretos, como en los sentimientos del paciente al respecto consiste en proporcionar antecedentes amplios y un contexto en el que se pueda colocar tanto al paciente como al problema.

C.- Prueba de Bender: es un test clínico de numerosas aplicaciones psiquiátricas. Ha demostrado poseer un considerable valor en la exploración del desarrollo de la inteligencia humana y en el diagnóstico de los diversos síndromes clínicos de deficiencia mental, afasia, desórdenes cerebrales orgánicos, psicosis mayores, simulación de enfermedades y psiconeurosis, tanto en niños como en adultos. (Bender, Lauretta: Test Gestáltico Visomotor. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1982.)

El coeficiente de Cronbach encontrado para el test de Bender es de 0.6 a 0.85 Beta.

En estos casos:

- a) Inicialmente se aplicó ésta prueba con el propósito de descartar un problema de organicidad.
- B) Garantizar de ésta manera la no contaminación del trabajo investigativo.
- C) Trabajo únicamente con el elemento psicológico.

D.- Prueba Gráfica HTP: tradicionalmente, para que una técnica clínica pueda ser considerada un instrumento proyectivo, debe enfrentar al examinado con una serie de estímulos lo suficientemente estructurados o ambiguos como para que el significado de este surja, en parte del interior del examinado:

- a) Con el propósito de observar la imagen interna que el sujeto tiene de sí mismo. Conocer cómo observa su entorno y qué cosas considera importantes, cuáles destaca y cuáles desecha. (Hammer, Emmanuel F.: Test Proyectivos Gráficos. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1984).

El coeficiente de Cronbach para la prueba HTP es de 0.85 Beta.

E.- Test de la Familia: el procedimiento del dibujo de una familia utilizado con adultos suele reactivar percepciones infantiles de la propia familia y de las relaciones con los miembros que la constituían además permite:

- a) Conocer los aspectos emocionales más marcados en el individuo.
- b) Explorar la afectividad, con respecto a su familia.

Como subjetivamente percibe las relaciones entre los miembros de la familia y como se incluye él en este sistema. (Hammer, Emmanuel F. Test Proyectivos Gráficos. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1984.)

El coeficiente de Cronbach para el test de la familia es de 0.722 Beta

F.- Test de Frases incompletas de SACKS: se ha empleado también en estudios de personalidad como técnica proyectiva y psicométrica, sus actitudes, tendencias básicas, hostilidad, afectos, impulsos, y deseos conscientes, preconscientes e inconscientes, así como en reacciones del pensamiento y aspectos emocionales. Con esta prueba se puede obtener material clínico significativo en cuatro áreas representativas; familia, sexo, relaciones interpersonales, concepto de sí mismos. (Joseph M. Sacks y Sidley Levi; 1959)

El Coeficiente de Cronbach encontrado para el inventario de Sacks es de 0.87 Beta.

Plan de análisis: para realizar esta investigación se utilizó la metodología cualitativa, específicamente la entrevista a profundidad, cluster por conveniencia, técnica de muestreo y la historia clínica. Se hizo procesamiento de datos clínicos para trasladarlos al análisis, para establecer la relación entre consumo de sustancias psicoactivas y homicidios.

A partir de esta idea, se analizaron dos casos de personas privadas de libertad con 20 y 9 años de prisión de estar en el sistema, por haber asesinado a personas ajenas de su entorno familiar, y por haber ejecutado delitos catalogados por el Código Penal como asesinatos u homicidios, por lo que cumplen el primer caso una condena de treinta y el segundo con trece años de prisión respectivamente en el Sistema Penitenciario de Estelí.

Potenciales limitaciones y fortalezas de la investigación:

Temor por parte de los participantes a brindar la información requerida en los casos de abusos de sustancias psicoactivas y homicidios.

Limitaciones:

El temor de los pacientes a expresar sus actitudes y prácticas para brindar este tipo de información, sobre el uso de sustancias psicoactivas y homicidios.

Fortalezas:

Existen muy pocas investigaciones y antecedentes en este tipo de estudio en el departamento de Estelí, por lo que es una investigación pionera que proporcionó datos interesantes para estudios posteriores sobre el tema de consumo de sustancias psicoactivas y homicidios.

Consideraciones éticas:

Este protocolo de investigación fue sometido al comité de ética de la UNAN León además se presentó a las Autoridades del Sistema Penitenciario de Estelí. También se pidió consentimiento informado a los participantes. Los resultados obtenidos serán presentados y discutidos con las autoridades correspondientes. Todo esto fue manejado de forma anónima garantizando la confidencialidad y la confiabilidad de los datos.

Los aspectos éticos de la investigación con ello se garantizó la veracidad de la información de los participantes, obteniendo el consentimiento informado de los mismos, en función de explicarles los objetivos y propósitos del estudio, se hará la entrega al final de una breve reseña de los resultados de la investigación a los sujetos participantes.

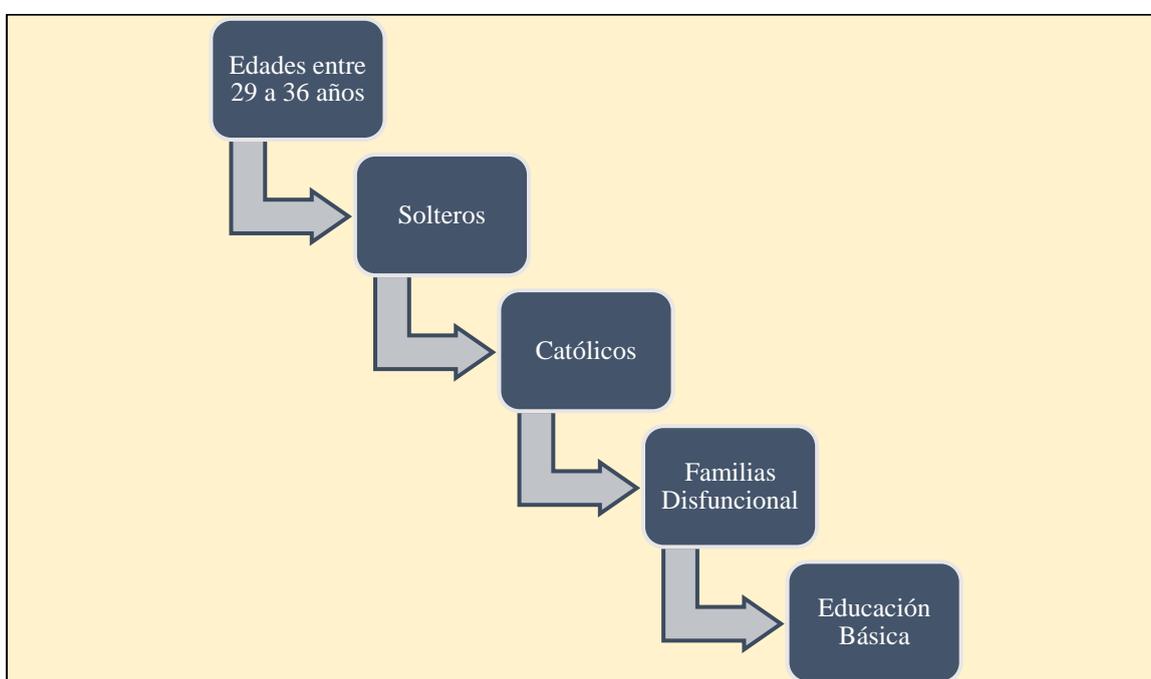
El instrumento de investigación se aplicó en las instalaciones del Sistema Penitenciario bajo la conducción de la investigadora principal. La confidencialidad y resguardo de los documentos de los casos estuvo a cargo de la investigadora.

VIII. RESULTADOS.

Características sociodemográficas

El estudio se realizó en base a una muestra de dos pacientes adultos de 29 y 36 años, ambos homosexuales, solteros y son internos del Sistema Penitenciario de Estelí, condenados por homicidio con 20 y 9 años respectivamente. Ambos pacientes tienen educación media, son de la misma región con procedencia rural, de religión católica, se determina que; si pertenecen familias disfuncionales, uno de los participantes fue criado por otras personas no familiares, y de familia numerosa. **Ver modelo 1.**

Modelo 1. Características sociodemográficas de los participantes en el estudio



Se determinó que los participantes en estudio proceden de familias que convivieron en situaciones de violencia intrafamiliar, y que era muy común que sus padres consumían alcohol. Aunque los análisis no demuestren evidencias de abusos sexuales infantiles, se identifica claramente que vivieron en ambiente hostil y de violencia. Ver figura 1.

RASGOS DE PERSONALIDAD:

La figura 1 expresa rasgos evidentes de agresividad, violencia y ansiedad y familias disfuncional de los casos analizado número



Figure 1. Test de la familia. Refleja violencia y familia disfuncional (Caso 1)

Con el caso test del HTP, en su figura el árbol demuestra sentimiento ansioso en los

pacientes, el techo dibujado permite ver que tiene tendencia a refugiarse en la fantasía, y miedo de que esto escape de su control, este detalle indica un estado psicótico o neurótico ansioso.

La casa está hecha y se deja ver los ladrillos internos, lo cual indica que el examinando revela una necesidad grande de afecto emocional. Y espera recibirlo desde afuera. Este de dibujo es muy común en personas que tienen tacto en sus relaciones sociales. Por lo que puede pensarse que interactúa con su ambiente de una manera descortés, ruda y directa y tiene dificultad de interactuar de manera social.



Figure 2. Test. HTP. Realizado por una persona en estudio

Cita textual: “Cuando yo tenía aproximadamente cinco años de edad, mi papá y mi mamá se separaron por problemas de violencia intrafamiliar, ya que mi papá golpeaba a mi mamá, le reclamaba cosas absurdas, al fin mi casa era un completo caos”. Los participantes en el estudio expresaron que se vieron obligados a abandonar su hogar, el primero se fue trabajar a Managua, en un bar, como travestí, y sostenía relaciones

sexuales con hombres dentro de ese bar, y el segundo participante viajó a Cuba por estudios académicos.

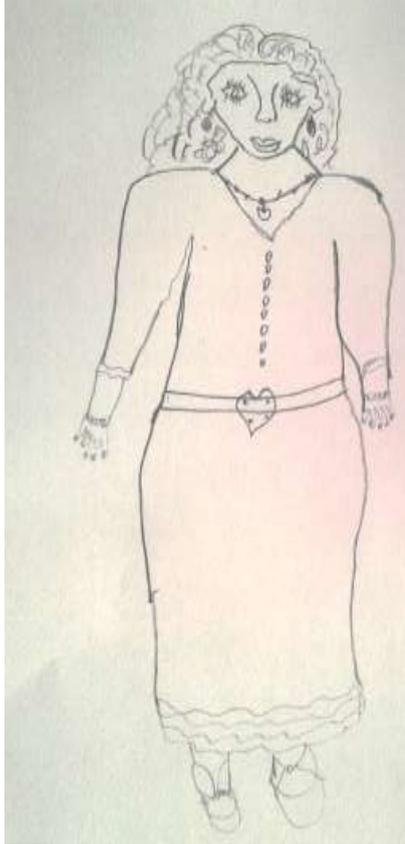


Figure 3. Test de la Figura Humana. Caso 1. Edad: 29



Figure 4. Test de la Figura Humana. Caso 2. Edad 36

Al analizar los datos más relevantes los participantes en el estudio, se logró determinar que ambos tenían ausencia de la figura humana, sentimientos de atracción hacia el sexo opuesto sentimientos de ira y vergüenza, así como maltrato infantil, y tuvieron experiencia sexual. Ver figuras.

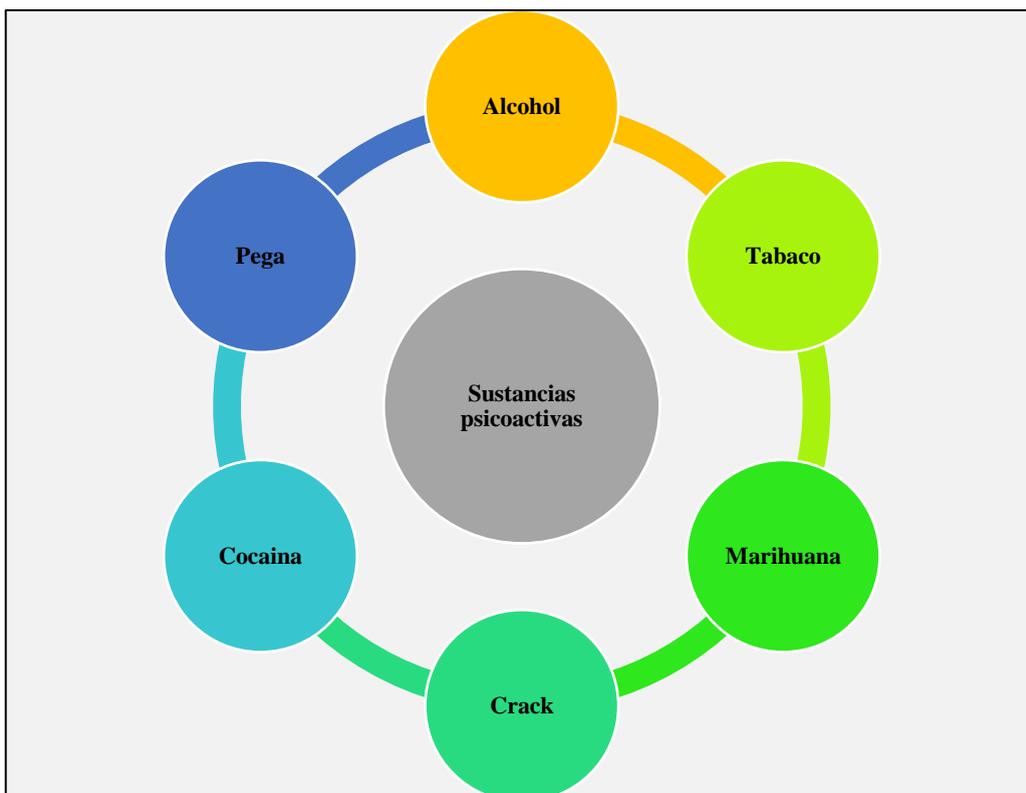
Modelo 1. Datos relevantes de los pacientes en estudio.



CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Los pacientes en el estudio expresaron que iniciaron en el consumo de sustancia psicoactiva a la edad promedio de 14 años consumiendo diferentes tipos de drogas como alcohol, tabaco, marihuana, inhalantes, pega, crack, cocaína, entre otras.

Modelo 2. Consumo de sustancias psicoactivas



Uno de los pacientes expresó haber comenzado a consumir diferentes tipos de drogas como: alcohol, inhalación de pega, cocaína, marihuana, desde la edad de trece años; a raíz del asesinato que cometió, jamás volvió a consumir ninguna de estas drogas, actualmente sólo fuma cigarrillos.

Cita: “Comencé a consumir droga a la edad de 14 años, licor, pega, consumo de crack, cocaína, marihuana, Dejé esos vicios cuando tenía 26 años, ahora solamente consumo cigarrillos.”

Es importante describir que para ambos participantes existen factores de riesgos como tener padres con antecedentes de consumos de sustancias psicoactivas.

Cita: “Mi papá era alcohólico, dos de mis hermanos también toman bastante licor”

El consumo de alcohol está muy relacionados con estados pre-psicótico o neurótico ansioso presente en los participantes estudio, el test HTP demuestra que en los primeros años han tenidos conflictos que han dejados huellas en su personalidad, por ejemplo: *las ramas secundarias dibujadas hacia arriba determina rasgos fantasiosos, escaso control sobre los impulsos, gratificaciones sustitutivas, lo que coloca en la líneas que va de la introversión de personalidad tipo esquizoide, paranoide y narcisista, lo cual tiene mucha relación con el consumo de sustancias psicoactivas. Ver Figura 5.*

El test Bender indica en unos de los participantes indicador de posible organicidad, o de esquizofrenia, existe tendencia al perfeccionismo y a la obsesividad compulsiva, rigidez de carácter, y un indicio de un yo dependiente o inestable. *Interpretación: Algunas curvas están atenuadas lo que indica debilitamiento de los afectos, labilidad afectiva, también existe rotación en la figura A. Lo que indica posible organicidad o esquizofrenia. Figuras 5 y 6.*



Figure 5. Test HTP. Dibujado por uno de los participantes

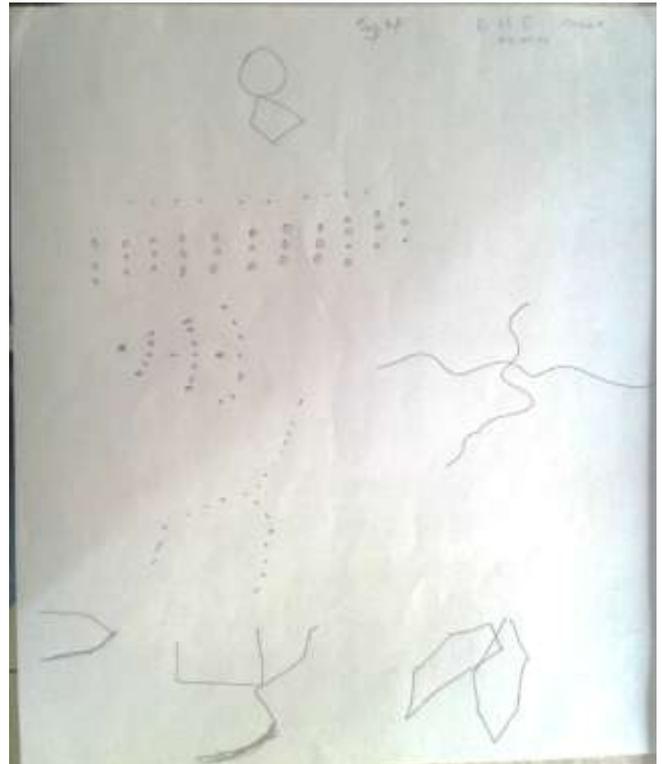


Figure 6. Test de Bender. Demuestra organicidad

RELACIÓN DE SUSTANCIA PSICOACTIVA Y HOMICIDIO.

Los participantes en estudio expresaron que consumían sustancias psicoactivas iniciando el consumo aproximadamente a las 13 y 20 años respectivamente. Al analizar las razones por las cuales los participantes en estudio cometieron homicidios tenemos las siguientes: estaban bajo el efecto de sustancias psicoactivas como: marihuana, alcohol, tabaco, pega, cocaína y crack, además del policonsumo que realizaban.

Uno de los participantes comentó que: *“El primero expresó no conocer a la víctima, sin embargo, ambos definen que al cometer el delito ambos estaban bajo los efectos del alcohol y otras sustancias como marihuana. El segundo el conocía a su víctima, siendo el móvil por el cual cometió el homicidio; conflictos familiares.”*

Expresa uno de los participantes: *“Me junté con un chavalo, con el cual conviví hasta el día en que, bajo los efectos del alcohol, asesiné a un anciano de cincuenta y tres años, al cual ni siquiera conocía. Estoy muy arrepentido de ese error que cometí.”*

TRASTORNOS MENTALES EN LOS PRIVADOS DE LIBERTAD

Los resultados del test de Bender reflejan que los pacientes tienen tendencias excéntricas, con manifestaciones ansiosas y obsesivas, posiblemente es compulsivo y perfeccionista; sexualmente reprimido. No parece existir organicidad, pero es necesario estar alerta ante la posibilidad de un proceso esquizoide incipiente, obsesividad compulsiva, rigidez del carácter. Hay indicios de un yo dependiente e inestable y posible esquizofrenia.

Los test también demuestran que personas con tendencia a refugiarse en la fantasía y miedo de que ésta escape a su control. Se trata de personas que tiene dificultades para relacionarse con su medio ambiente y que lo hace de manera lábil. Su realización de deseos es en la fantasía y en ocasiones, llega a temer que ésta escape de su control. Posee un yo fuerte, pero teme ante la posibilidad de desintegración y desea que su necesidad de afecto sea satisfecha desde afuera. Existen problemas en el hogar, que él evade. Hay indicios de un estado pre psicótico o neurótico ansioso. Ver figura 7

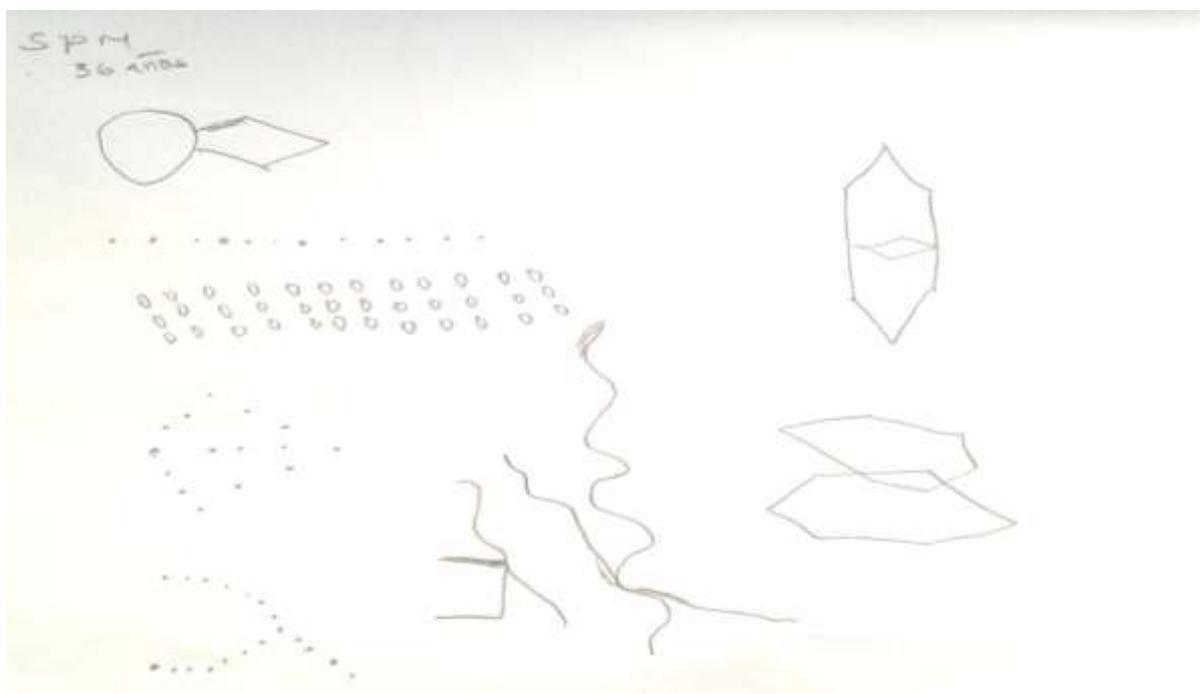


Figure 7. Test Bender. Diagnóstico de trastornos mentales

Los test de la familia reflejan en los participantes que pertenecen a familias integradas por muchos miembros, pero que no interactúa entre sí o lo hace con dificultad, debido a las limitaciones que tienen en su contacto con el medio. Posiblemente es una familia que atiende mucho a las apariencias externas, pero que tienen muchas limitaciones emocionales a lo interno. En el paciente se perciben sentimientos de fracaso, timidez con carácter obsesivo, rasgos depresivos, ocasionalmente apático, ansioso, con conflictos emocionales, poco comunicativo, con poco contacto ambiental, sentimientos de culpabilidad y baja autoestima.

Existe una gran posibilidad de un proceso de desintegración psicótica, contra la cual el paciente está luchando, pero sus defensas egoicas no son adecuadas, por lo que hay temor a la desintegración. El vínculo emocional con la madre fue muy estrecho; las respuestas parecen indicar que existe una fuerte identificación con ella, que está muerta, pero en esa misma identificación se percibe la génesis de su conflicto homosexual.

Los pacientes tienen serios conflictos, ya que mezclan la relación que tuvieron con sus padres biológicos, de una manera negativa en ambos casos; muestra la necesidad de la comprensión y de la presencia de un padre. Ver figura 8.

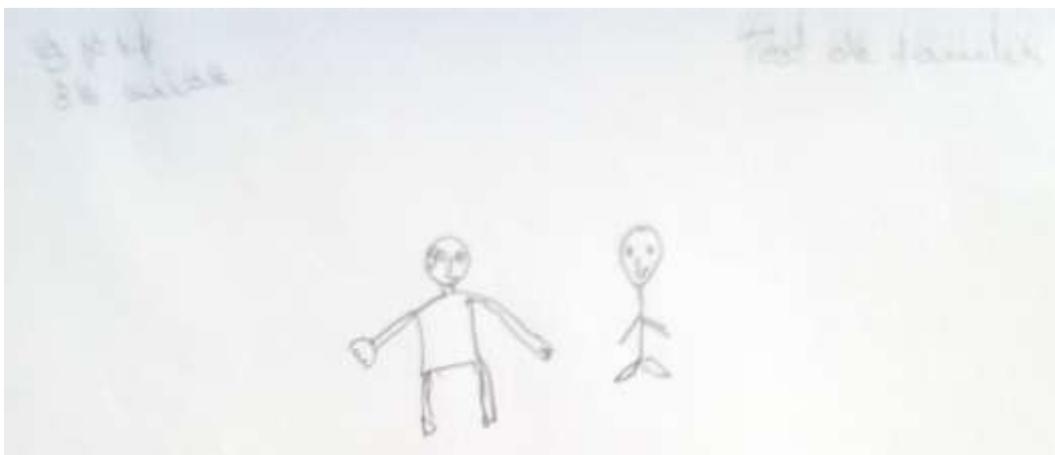


Figure 8. Test de la Familia. Caso 2

Existe conciencia del desorden en que ha vivido su vida. Presenta sentimientos de culpa y arrepentimiento por el delito que cometió. Da la impresión que ahora es cuando ha empezado a reflexionar sobre sus vivencias.

Modelo 2. Principales signos que están presentes en los pacientes.



A pesar de reconocer que tiene capacidades para enfrentar la vida, existe poca tolerancia a la frustración; tiene una actitud un tanto pesimista frente al desarrollo de sus capacidades, pero está consciente de que las puede desarrollar al máximo si se lo propone. Cuestiona sus propias actitudes.

IX. DISCUSIÓN.

Este estudio se realizó con el objetivo de identificar la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y trastornos mentales en privados de libertad por delitos de homicidios que han sido condenados en el Sistema Penitenciario ‘‘Puertas de la Esperanza’’ del municipio de Estelí de enero a julio 2015.

Analizando los resultados obtenidos en este estudio mediante la aplicación de pruebas psicológicas a dos privados de libertad los principales resultados fueron ansiedad, introversión social, violencia, agresividad, miedo, necesidad de afectos. En comparación con otros estudios realizados tenemos a Garrido et al. (2013) con un caso individual muestran que mediante tres diferentes test aplicados, priman patrones de personalidad antisocial, evitativo y sádico agresivo; además puntualizan claramente que el sujeto homicida presenta una patología acorde a un posible trastorno de la personalidad similar a lo expuesto por Follino (2003) quien encuentra una primacía de la personalidad antisocial en la mitad de los evaluados, seguidos de la personalidad narcisista y el retraso mental moderado en los prisioneros.

De esta forma, los antecedentes presentan que los rasgos de una personalidad impulsiva en la cual prima el sentido emocional son asociados a conductas delictivas como el homicidio, aspecto que es señalado por Freixanet et al (2001) que indican que la impulsividad sería el mediador principal de la conducta delictiva, junto con la extroversión. Sin embargo, autores como Ortiz et al (2006) proponen otra posición de acuerdo a los resultados de sus estudios al encontrar que las personas que cometen homicidio principalmente tienden al estilo de personalidad dependiente y compulsivo, sin descartar también la personalidad antisocial, límite, paranoide y esquizotípica.

Con relación a los resultados revelados por abuso de drogas y alcohol en el estudio de Garrido et al (2013), hay una dependencia al abuso de drogas con un alto puntaje, seguido a esto Winberg y Vilalta (2009), también encontraron abuso de drogas, además de alcohol en sujetos condenados y civiles, pero en mayor uso por parte de los varones. Así mismo Ortiz et al (2006), en su investigación sobre factores de personalidad y delitos violentos, evidenciaron un alto consumo de sustancias psicoactivas y alcohol en la conducta psicopática.

Las investigaciones que buscan diferencias en los rasgos de personalidad según el género, indican una prevalencia de homicidios por parte de los hombres. Winberg y Vilalta (2009), registran que la mayoría de personas que conforman la investigación son hombres acusados de violencia doméstica (asesinato), mientras que las mujeres registraban delito de asesinato general, aspectos que suelen ser señalados por otros investigadores (Freixanet, Pérez, Ventura, y Vidal, 2001). Datos muy similares a los reportados en esta investigación.

Ortiz, Fierro, Blanca, Cardenal y Sánchez (2006) encuentran tendencias al estilo de personalidad dependiente y compulsiva tanto en hombres como en mujeres, aunque la confiabilidad del estudio se encuentra comprometida por aspectos relacionados a la muestra (mayoría de hombres que mujeres). Dentro de lo encontrado por parte del tipo de prueba aplicada cabe resaltar que, se observó que, mediante la aplicación del test proyectivo de la figura humana, Mejía y Pérez (2008) observaron la posición egocéntrica de los homicidas en un 80%, seguido de aplanamiento afectivo de estos en un 60%, además de adherir una conducta extravagante mediante la impulsividad por la presencia de tatuajes y perforaciones.

Alvarado, Bueno y Krivoy (2006), aplicaron tres pruebas el PLC- R, WAIS III y el Psicodiagnóstico de Rorschach arrojando un trastorno antisocial de la personalidad acompañado de un buen rendimiento en la clave de números y el índice de velocidad de procesamiento; asimismo el puntaje del PLC- R, más cercano es 43% de psicopatía no relevante. Atehortua et al (2008), utilizan como metodología de investigación la observación análisis de unos antecedentes e historiales de adolescentes de la ciudad de Medellín y de ahí introducen hipótesis las cuales indican como resultado de investigación.

X. CONCLUSIONES.

Mediante la entrevista a profundidad, historias clínicas y la interpretación de los test psicométricos aplicados se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Se caracterizó a los participantes en estudios por ser personas del sexo masculino, entre las edades de 29 a 36 años, ambos procedentes del área rural, con religión católica, solteros, escolaridad básica, y provenientes de familias disfuncional numerosas, uno de ellos fue acogido desde su infancia por una familia que no era la biológica, y ambas con antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas.
2. El test de Sacks evidencia que actualmente los participantes presentan conflictos como son la actitud frente al padre y lo sentimientos de culpa, la actitud frente al grupo familiar, a las relaciones sociales, a la autoridad, a los superiores, a sus propios temores y capacidades, al pasado y a sus metas.
3. Se concluye que los participantes en el estudio consumían drogas aproximadamente desde la edad de 13 y los 14 años, siendo las sustancias más consumidas por ellos: alcohol, marihuana, pega, cocaína y crack, haciendo frecuente policonsumo, siendo las combinaciones más usuales: alcohol y marihuana o alcohol y crack, inhalantes como pega. Por tal razón los test psicológicos evidencian presencia de rasgos de patologías psiquiátricas como: psicótico y esquizofrenia.
4. Los pacientes reportaron que, durante los eventos de homicidios cometidos por ellos, estaban bajo el efecto de algún tipo o de varias drogas, siendo estas: para el caso del homicidio premeditado estaba bajo el efecto del alcohol y marihuana y el segundo participante cometió el delito por impulso y estaba bajo el efecto de alcohol, crack, tabaco y pega, en su testimonio expresa que no sabe por qué lo hizo.
5. Los test del HTP, Bender, Familia y Figura Humana identificaron para ambos participantes rasgos de trastornos de personalidad como: Paranoia, esquizoides, esquizofrenia, ansiedad, depresión, rasgos obsesivo compulsivo, psicosis, disforia de género. Los cuales son posteriores al evento de homicidio ocurrido, sin embargo, no se descarta la presencia de algún trastorno al momento de cometer el delito.

XI. RECOMENDACIONES:

Al Sistema Penitenciario:

- ✓ Establecer una comunicación asertiva y afectiva entre los privados de libertad y familiares.
- ✓ Incluir entrenamiento a funcionarios del sistema en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, principalmente en la población de reos de reciente ingreso, que contribuyan a evitar el policonsumo de sustancias dentro del penal.
- ✓ Dar seguimiento a los reos que han cometido homicidios de esta manera procurar dar una atención especializada.
- ✓ Atender en grupos de autoayuda a privados de libertad y a los involucrados en el consumo de sustancias psicoactivas.
- ✓ Elaborar un plan de acción para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas dentro de las instalaciones del penal y mejorar el comportamiento donde primeramente se trabaje la parte personal y emocional de los reos y luego se brinde información sobre las sustancias psicoactivas para lograr que tomen conciencia de las causas del consumo de las mismas.
- ✓ Brindar información y herramientas para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en los encuentros de formación espiritual y de reeducación dirigidos a funcionarios, equipo de salud y familiares.
- ✓ Establecer convenios de colaboración con otras instituciones del estado como: MINSA, MI FAMILIA, organismos no gubernamentales, actores sociales, entre otras.

A los futuros investigadores (as):

- ✓ Involucrar a los funcionarios en el proceso de la investigación para que sea más efectiva y lograr el apoyo de los mismos.
- ✓ Presentar de tema y los objetivos del estudio a los participantes para lograr aceptación y veracidad de las respuestas.
- ✓ Explicar con claridad los instrumentos, dar confianza para aclarar inquietudes de los participantes.
- ✓ Al momento de recibir el instrumento revisar que los datos estén completos.
- ✓ Aplicar instrumentos de evaluación de acuerdo al tipo de investigación que se esté realizando.
- ✓ Capacitar a los encargados de realizar la aplicación de los instrumentos, para evitar pérdida de información.

- ✓ Entrenarse previamente en manejo de programas estadísticos y ejercitarse en habilidades de redacción para evitar cometer errores a la hora de realizar el informe.

XII. BIBLIOGRAFÍA

- Association, A. P. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson .
- Bender, L. (1982). *Test Gestáltico Visomotor*. Buenos Aires: Paidós.
- Chabur, J.E.,Cordoba,F Martinez J.W. (2000). *Trastornos de personalidad antisocial en condenados por homicidio en Perreira Colombia*. Colombia .
- Chabur.J.E., C. F. (2000). *Trastornos de la personalidad antisocial en condenados por homicidio*. Colombia .
- Clasificación de la diversidad sexual*. (2010). Obtenido de <http://sexualidad-tics.blogspot.com/p/clasificacion-de-la-diversidad-sexual.html>
- Diversidad sexual*. (20 de Febrero de 2016). Obtenido de www.censida.salud.gob.mx
- Diversidad sexual en Nicaragua*. (21 de Marzo de 2010). Obtenido de <http://www.elnuevodiario.com.ni/especiales/70778-cuanto-se-acepta-diversidad-sexual-nicaragua/>
- Freud, S. (1905). *Tres Ensayos para una Teoría Sexual*. López Ballesteros.l
- Freud, Sigmund: *La Interpretación de los Sueños* (1900) Traducción de López Ballesteros. Editorial
- Freud, Ana: *El Psicoanálisis del Niño* (1927). Ediciones Imán, Buenos Aires, 1946.
- García, A., García , M., Cabrera, Á., García, J., & Romo, N. (2007). ¿Qué opinan adolescentes y jóvenes sobre el consumo de drogas recreativas y las conductas sexuales de riesgo? *Adicciones*, 19(2), 153-168. Recuperado el 8 de Mayo de 2016, de <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/22319/1/qu%C3%A9%20opinan%20adolescentes%20y%20j%C3%B3venes.pdf>
- Homosexualidad: realidad para los jóvenes*. (22 de Mayo de 2016). Obtenido de es.familydoctor.org
- katia. (jueves de octubre de 2016). <https://sites.google.com/site/adiccionaladrogadiccion>. Obtenido de Adicciones : <https://sites.google.com/site/adiccionaladrogadiccion>
- La persona homosexual*. (12 de Diciembre de 2015). Obtenido de www.mercaba.org
- Laplanche, J., & Pontalis, J. (1977). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Labor S.A.

Martin del Moral, Lorenzo Fernandez. (2013). *Conceptos fundamentales en drogodependencia*. España.

Mitos y realidades acerca de la homosexualidad. (22 de Marzo de 2016). Obtenido de www.psicología-online.com

Organización Mundial de la Salud. (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington: OMS.

Orientación sexual e identidad de género. (18 de Octubre de 2015). Obtenido de www.apa.org

Ortega, S., & Rodenas, R. (2006). "*CAUSAS PSICOSOCIALES QUE PROVOCAN TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y SENTIMIENTOS DE INSEGURIDAD EN HOMOSEXUALES MASCULINOS*". Guatemala: Universidad de San Carlos. Recuperado el 8 de Mayo de 2016, de http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13_2287.pdf

Rufino, M. (2012). *Drogodependencia y adicciones*. Madrid: Comisión ejecutiva confederal de UGT.

Teresa Laespada, Ioseba Iraurgi y Elisabete Aróstegi. (2004). *Factores asociados al consumo de drogas*. España: Universidad Deusto.

UNODC. (2013). *Estudio Mundial sobre El Homicidio*.

Volkou, N. D. (s.f.). *La ciencia de la adicción*. España: Instituto nacional de la salud.

JE Chabur, FE Córdoba, JW Martínez, A Garzón... - 2000 -

ANEXOS

CASO # 1

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES

Nombre y apellido: E. H. E.

Edad: 29 años

Sexo: Masculino

Fecha de Nacimiento: 14/05/1986

Estado civil: Soltero

Religión actual: Católica

Procedencia: Pueblo Nuevo.

Escolaridad: Quinto grado de educación primaria.

Hijos: 1

Nombre de la madre: Y. E. G.

Nombre del padre: R. H. R.

MOTIVO DE CONSULTA

Lo que quiero es que me traten como a una mujer.

PADECIMIENTO ACTUAL

ENTREVISTA A PROFUNDIDAD:

¿ME PUEDE RELATAR COMO OCURRIERON LOS HECHOS?

Expresa haber vivido una niñez muy triste ya que convivió poco tiempo con su padre y casi no recuerda nada de él. Dice textualmente: “Cuándo yo tenía aproximadamente cinco años de edad, mi papá y mi mamá se separaron por problemas de violencia intrafamiliar, ya que mi papá golpeaba a mi mamá, le reclamaba cosas absurdas, al fin mi casa era un completo caos.”

A raíz de la separación jamás volví a ver a mi papá. Recuerdo que desde niño siempre me gustó jugar con muñecas y estar dentro del círculo donde jugaban las niñas, los varones me parecían groseros al jugar con ellos, me gritaban y me golpeaban si no pateaba la pelota a la hora de jugar fútbol. A los nueve años, yo descubrí que me atraían mucho más los varones que las niñas, me gustaba vestirme y actuar como niña.

A los trece años, empecé mi vida sexual activa, mi primera relación sexual la sostuve con un hombre de 26 años, por lo cual recibí castigo por parte de mi mamá, el rechazo y las críticas por parte de mis hermanos y hermanas y la intromisión de muchas personas (vecinos, amigos, familiares); por ello me vi obligado a abandonar mi hogar por un período de tres años y medio, me fui a trabajar a Managua, en un bar, como travestí, y sostenía relaciones sexuales con hombres dentro de ese bar.

Mi vida allí era tranquila, pero me hacía falta mi familia, por lo que regresé a Pueblo Nuevo, mi lugar de origen; allí conocí a una mujer, la cual me perseguía y no me dejaba en paz; un día ella me emborrachó y me dio marihuana y ella me hizo el amor, yo accedí por agradecimiento con ella, porque en realidad no me gustó hacer eso, me dio “asco”; a raíz de esto quedó embarazada, supuestamente es mío el niño, el cual ahora tiene cinco años de edad.

Después me junté con un chavalito, con el cual conviví hasta el día en que, bajo los efectos del alcohol, asesiné a un anciano de cincuenta y tres años, al cual ni siquiera conocía. Estoy muy arrepentido de ese error que cometí.

Debido a que soy homosexual, me tratan a veces de una manera despectiva los jefes y compañeros de este lugar, en el cual me encuentro (Sistema Penitenciario de Estelí).

Dentro del Sistema me encontré con un amigo, con el cual había sostenido relaciones sexuales varias veces en Pueblo Nuevo, por lo que al vernos, nuestra relación volvió a revivir y tengo dos años de estar con él, como mi pareja, aunque ahora he tenido problemas, ya que yo tengo que ayudarle a él (darle dinero) y ahora casi no consigo dinero, por lo que él se molesta y me golpea; además, es celoso y se enoja conmigo cuando otros hombres me enamoran.

Cuando estamos juntos nos llevamos bien, pero me cuentan que habla mal de mí cuando nos separamos. Actualmente estamos distanciados y yo sostengo relaciones sexuales con otros hombres.

Expresa sentirse un poco incómodo, ya que le hace falta estar con su pareja, porque lo ama. Mi mayor deseo es que todos me traten como mujer, que me respeten y me valoren.

Dentro del Sistema Penitenciario estoy integrado en el grupo de teatro y siempre me gusta que me den el papel de una mujer, de lo contrario no participo. Las mujeres somos delicadas, amables, sensibles, por eso nos tienen que tratar bien.

Desde que tengo uso de razón me ha gustado ser mujer y quiero seguir siendo mujer siempre. Me gustaría tener todos los accesorios que utilizan las mujeres para depilarse, pintarse y así estar siempre bonitas, creo que Dios se equivocó conmigo porque yo debí haber nacido como mujer, porque es lo que a mí más me gusta y así es como me siento bien.

DATOS PRE-PERI-POSTNATAL

¿CUENTEME COMO FUE SU VIDA DURANTE SU INFANCIA?

Etapas Prenatal

Embarazo deseado dentro del matrimonio, la madre no asistió a los controles prenatales, ya que vivía en una comunidad alejada de la ciudad y le era difícil el acceso al control, el embarazo duró nueve meses, parto normal, con algunas complicaciones.

Etapas Perinatal

Fue alimentado por medio del pecho materno hasta los seis meses de edad, nació sin defectos físicos, el parto fue realizado por una partera en casa de la mamá; presentó algunas complicaciones por lo que lo internaron en un centro hospitalario en Pueblo Nuevo, Estelí.

Nació el 14 de mayo de 1986, sexo deseado en el aspecto emocional, violencia intrafamiliar durante su infancia.

Etapas Postnatal

Hubo lactancia materna hasta la edad de un año, padeció de neumonía durante los primeros seis meses de vida, por lo que constantemente le daban medicinas naturales, que era lo más común en la época; comenzó a sentarse por sí solo a los siete meses de edad, gateó a los nueve meses, y sus primeros pasos los dio a los 13 meses de edad.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES:

¿QUE ENFERMEDADES HA PADECIDO DESDEQUE ERAS PEQUENO?

Durante la etapa infantil padeció de neumonía, en la edad adulta, algunas veces padece de gripe, fiebres, tos persistente y dolor de cabeza en la parte frontal.

Antecedentes de hábitos tóxicos:

¿HA TENIDO ADICCION AL ALCOHOL O HA CONSUMIDO ALGUN TIPO DE DROGA?

Comencé a consumir droga a la edad de 14 años, licor, pega, consumo de crack, cocaína, marihuana, Dejé esos vicios cuando tenía 26 años, ahora solamente consumo cigarrillos.

Estado de salud actual

¿COMO TE SIENTES DE SALUD EN ESTOS MOMENTOS?

Paciente refiere que actualmente se siente bien y que solamente una tos persistente por el consumo de cigarrillos.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES:

¿CONOCE SI ALGUN FAMILIAR POR PARTE DE SU MAMA HA TENIDO ALTERACIONES PSICOLOGICAS, MENTALES O DESVIACIONES MENTALES?

De mi familia, solamente mi mamá padece de dolores de cabeza, vómitos, mareos y presión alta. Mi papá era alcohólico, dos de mis hermanos también toman bastante licor, mi hermana mayor tiene problema de obesidad.

Antecedentes de hábitos tóxicos

¿QUE TIPO DE SUSTANCIAS HA CONSUMIDO USTED?

El paciente expresa haber comenzado a consumir diferentes tipos de drogas (alcohol, inhalación de pega, cocaína, marihuana) desde la edad de trece años; a raíz del asesinato que cometió, jamás volvió a consumir ninguna de estas drogas, actualmente solo fuma cigarrillos.

DESARROLLO PSICOLOGICO:

¿QUE ASPECTOS CONOCE USTED DE SU DESARROLLO PSICOLÓGICO?

Área psicomotora

Según lo que el paciente recuerda de lo que su madre le contaba, es que a los cuatro meses comenzaba a sostener su cabeza, a los siete meses se sentó, a los nueve meses gateó, caminó a la edad de quince meses.

Área del lenguaje

Balbuceó a los ocho meses, a los nueve meses mencionaba papá y mamá, y al año y medio se hizo entender.

Audición

Manifiesta tener problemas en un oído debido a un golpe que sufrió a la edad de diecisiete años.

Expresión

Desde los tres años se expresa con claridad.

Comprensión

Comprende claramente lo que le dicen o le indican

Visión

No ha manifestado problemas en la visión.

¿QUE SABE DE SU DESARROLLO PSICOSOCIAL?

AREA PSICOSOCIAL

Alimentación

Desde la infancia, no manifiesta problemas en la ingesta de ningún alimento, le gustan las comidas sólidas y líquidas.

Control de esfínter

A los dieciocho meses logró el control del esfínter anal, aunque padeció de enuresis nocturna hasta los cinco años.

Validismo

Desde los cinco años se viste y se calza solo, aunque prefería usar la ropa de su hermana mujer y la de sus primas cuando llegaban de visita a su hogar.

Sueño

A veces se le hace difícil conciliar el sueño de manera rápida, no ha padecido de sonambulismo, ni de pesadillas.

Área sexual

Comenzó su vida sexual activa a la edad de trece años; su primera experiencia sexual la tuvo con un hombre de veintiséis años; a partir de esa época, comenzó a sostener relaciones sexuales con diferentes hombres. Expresa: conocí a una mujer la cual me perseguía y con quien tuve relaciones sexuales. Estar con un hombre me produce mucho placer, pero estar con una mujer me produce asco. Me agradan mucho más los hombres que las mujeres.

Actualmente dentro del Sistema Penitenciario Puertas de la Esperanza Estelí, tiene una pareja con el cual sostiene relaciones sexuales, pero cuando se enoja con él, para darle celos, sostiene relaciones sexuales con cualquiera.

Área escolar

Inicio sus estudios a la edad de siete años, pero debido a la situación económica en la que vivían, dejó sus estudios; actualmente estudia tercer nivel de educación primaria, con el Programa de Educación de Adultos, que ejecuta el Ministerio de Educación en el Sistema Penitenciario.

AREA CONDUCTUAL Y DE LA PERSONALIDAD:

¿COMO HA SIDO SU PARTICIPACION DENTRO DEL SISTEMA PENITENCIARIO?

Le gusta participar en los eventos que se realizan dentro del Sistema Penitenciario, está incluido dentro del grupo de teatro, todas sus actuaciones las realiza disfrazado de mujer; expresa que se siente mejor actuando como mujer y no como un hombre; si me dan a interpretar un papel como hombre, prefiero no participar, ya que yo soy feliz si interpreto a una mujer, expresa.

Refiere sentirse mejor si está dentro del grupo de las mujeres, porque las mujeres son más sensibles, comprensivas y amables.

Le gusta participar en eventos públicos, es expresivo y comunicativo con las personas; su pasatiempo es bordar y confeccionar adornos para el hogar, los que luego vende para cubrir sus gastos personales.

RELACIONES FAMILIARES, PADRES, HERMANOS, OTROS
¿COMO HAN SIDO LAS RELACIONES ENTRE SUS FAMILIARES Y SUS
HERMANOS?

A raíz de la separación jamás volví a ver a mi papá. Tengo siete hermanos, de 38, 35, 24, 22, 20, 18, 16 años; tuve ciertos problemas como mi hermano mayor, porque reclamaba sobre la vida homosexual que llevaba.

Actualmente, las únicas que me visitan son mi hermana mayor y mi hermana menor; del resto de mis hermanos varones, solamente me han visitado una vez de lo que tengo de estar aquí, al igual que mi madre; cuando pregunto porque no vienen, dicen que están trabajando y que mi mamá está enferma.

Área Laboral

¿A QUE SE DEDICA USTED ACTUALMENTE?

Yo comencé a trabajar desde los diez años de edad por la situación económica en la que vivía; mi primer trabajo lo hice como lustrador de zapatos; a los trece años, trabajé en un bar como travestí vendiendo chicles y cigarrillos; también me dedicaba a la prostitución en el mismo bar, y en ocasiones, tenía problemas con los clientes, ya que ellos no querían pagar; actualmente estoy trabajando en el área de bordados aquí en el Sistema.

En el paciente se encontró que ha consumido: marihuana, crack, pega, alcohol, cocaína.

DATOS RELEVANTES DE LA HISTORIA CLINICA

- ⇒ Ausencia del padre.
- ⇒ Violencia intrafamiliar en su hogar.
- ⇒ Preferencia por relacionarse más con las niñas que con los varones.
- ⇒ Atracción física hacia los varones desde la edad de nueve años.
- ⇒ Primera experiencia sexual con un individuo de su propio sexo.
- ⇒ Se travestía desde la edad de cinco años y en la edad adulta lo sigue haciendo.
- ⇒ Consumo de alcohol y drogas.
- ⇒ Actualmente su pareja es del mismo sexo.
- ⇒ Bienestar físico y emocional al estar vestido y actuar como mujer.
- ⇒ Cometi6 un homicidio en contra de un desconocido.

Análisis de resultados del Test de Bender

Inició los dibujos con la hoja en posición horizontal, pero al llegar a la figura 5, rotó la hoja, colocándola en posición vertical, pero también rotó la tarjeta, por lo que la visión de todo el conjunto es de algunas figuras rotadas y otras en posición correcta. Estos hechos son indicadores de ansiedad o de oposición frente a su medio ambiente.

Con la vista contó los puntos de las figuras 1 y 2, lo que es un indicador de obsesividad, deseos de perfección y posiblemente, compulsión excesiva.

Trabajó en forma ordenada y limpia y en términos generales, se ha conservado la gestalt en todas las figuras. Estos son indicadores de que ha introyectado normas de limpieza, de orden, de aseo y que su percepción de la forma es adecuada. Hay una adecuada distribución del espacio, lo que indica que sabe aprovechar los recursos del medio.

Es una copia bastante buena de los modelos, lo que indica que existe la posibilidad de una desorganización esquizoide, pero también descarta la posibilidad de organicidad.

Conclusiones

Paciente con tendencias excéntricas, con manifestaciones ansiosas y obsesivas, posiblemente es compulsivo y perfeccionista; sexualmente reprimido.

No parece existir organicidad, pero es necesario estar alerta ante la posibilidad de un proceso esquizoide incipiente.

Análisis de Resultados del Test H.T. P

Dibujos realizados en una sola página, con adecuado uso del espacio, pero con tendencia a dejar un margen grande al lado derecho del papel, trabajó con orden y limpieza.

Los dibujos son buenos, producto de una adecuada psicomotricidad, en términos generales, los trazos demuestran ansiedad.

Casa

La impresión que produce la casa es de una casa fuerte, con paredes de piedra, con buen techo, pero con las ventanas pequeñas, que se pierden en la decoración exterior con las piedras.

El techo dibujado permite ver que tiene tendencia a refugiarse en la fantasía y miedo de que ésta escape a su control. Este detalle parece indicar que puede existir un estado pre psicótico o neurótico ansioso.

Las paredes indican la presencia de un yo fuerte, pero que teme desintegrarse.

La puerta de la casa está abierta, lo que es poco frecuente en este tipo de dibujos, deja ver el ladrillo de la parte interior; en el interrogatorio posterior a la realización del dibujo, indicó que la casa estaba ocupada, con estos detalles, el examinado revela que siente una gran sed de afecto emocional y que espera recibirlo desde afuera.

El sendero que indica la entrada de la casa es propio de personas que tienen tacto en sus relaciones sociales.

La presencia de dos ventanas indica que existe un medio secundario de interacción con el ambiente están totalmente desnudas, no poseen, ni persianas, ni cortinas, ni visillos y ni siquiera están sombreadas, por lo que puede pensarse que interactúa con su ambiente de una manera muy descortés, ruda y directa, que tiene dificultades con el “tacto social”, por lo que parece ser el tipo de participante social que siempre provoca líos.

La fachada de frente señala actitudes evasivas en relación a problemas en el hogar.

Conclusiones sobre la interpretación de la casa

Se trata de una persona que tiene dificultades para relacionarse con su medio ambiente y que lo hace de manera lábil. Su realización de deseos es en la fantasía y en ocasiones, llega a temer que ésta escape de su control. Posee un yo fuerte, pero teme ante la posibilidad de desintegración y desea que su necesidad de afecto sea satisfecha desde afuera. Existen problemas en el hogar, que él evade. Hay indicios de un estado pre psicótico o neurótico ansioso.

Árbol

Tronco: revela que existe una personalidad fuerte. Se percibe que desde los primeros años ha tenido conflictos que han dejado huellas en su personalidad.

Ramas: se extienden lateralmente hacia arriba, hacia el área de la fantasía. Son bidimensionales y abiertas en el extremo distal, lo que revela un escaso control sobre la expresión de los impulsos. Las ramas secundarias dibujadas hacia arriba, hacia el tope de la hoja, indican que se refugia más de lo necesario en la fantasía para obtener una gratificación sustitutiva, lo que le coloca en la línea que va de la introversión a la esquizoide.

Conclusiones sobre la interpretación del árbol

A pesar de que tiene un yo fuerte, este se refugia en la fantasía para el cumplimiento de sus deseos. Es evidente que las primeras experiencias de la vida lo marcaron, y que ocasionalmente tiene dificultades para controlar sus impulsos. Hay indicios de rasgos esquizoides.

Persona

En términos generales, se espera que se dibuje una persona del mismo sexo. Contrariamente, dibujó una persona del otro sexo, lo que es un fuerte indicador de una identificación psicosexual con dicho sexo, o sea, expresa tendencia homosexual.

La cabeza está muy bien realizada, pero en las líneas trazadas, existen rasgos de ansiedad. Los pacientes narcisistas u homosexuales dan mucha importancia al cabello, lo que está presente en este dibujo y que confirma la tendencia homosexual.

Ojos/boca: los detalles indican la tendencia homosexual que existe, igual que cierta tendencia paranoide. La boca carnosa indica oralidad erótica y dependencia.

Nariz: los detalles indican rechazo y desprecio.

Mentón: indica tendencias agresivas.

Orejas: presencia de malestares auditivos, tendencia paranoide, conflicto homosexual.

Cuello: dificultad para controlar impulsos instintivos.

Tronco: los hombros exagerados indican la inseguridad con respecto a la masculinidad.

Brazos y manos: las manos están ocultas, lo que es un indicador de dificultades en el contacto social o sentimientos de culpa por actividades masturbatorias.

Ausencia de pies: aunque se acepta como una figura relativamente completa, representa la dificultad del yo para estar en contacto con la realidad.

Conclusión de la interpretación del dibujo de la persona

Aparece claramente marcada la homosexualidad. Otro rasgo importante que aparece es la tendencia paranoide.

Conclusión General del Test de H. T. P

Posee un yo fuerte, pero tiene dificultades para relacionarse con su medio, posiblemente debido a su dificultad para controlar sus impulsos, se percibe que existe temor a la desintegración. Ante esta situación se refugia en la fantasía para satisfacer sus deseos y responde de manera lábil a los estímulos.

Existe homosexualidad manifiesta y necesidad de afecto, estos rasgos aparecen mezclados con tendencias esquizoide paranoides.

Interpretación del Test de la Familia:

El dibujo representa a una familia numerosa, constituida por diez personas, con él incluido. Son seis hombres y cuatro mujeres. La familia está en posición rígida, acomodados como para una foto, pero todos están muy bien arreglados, bien vestidos y acicalados.

Los dibujos fueron realizados en la parte inferior de la hoja, lo que puede ser indicativo de tendencias hacia el nivel concreto y sólido. El sector inferior de la página corresponde frecuentemente a los instintos primordiales de conservación, esto puede asociarse con depresión y apatía.

Los rostros son iguales en todas las figuras, independientemente del sexo; de igual manera, la vestimenta es igual, salvo en detalles mínimos. Los trazos simétricos en todos los personajes, pueden indicar la tendencia a convertirse en un estereotipo y significa que el sujeto ha perdido una parte de su espontaneidad y que vive apegado a las reglas. En ocasiones puede indicar rasgos de carácter obsesivo.

Los personajes están dibujados en diferentes planos, lo que refleja, de cierta forma, la falta de comunicación que existe entre ellos. Todos tienen las manos ocultas, lo que indica dificultad de contacto ambiental, entre ellos mismos o sentimientos de culpa.

Trabajó con orden y aseo, lo que indica que introyectó hábitos de aseo y de orden.

La figura dominante es la madre, fue la primera que dibujó, es más alta que el resto de la familia, incluido el padre, lo que indica claramente que es altamente valorada por el paciente. En cambio el padre, que fue dibujado en un segundo momento, está en el mismo plano que él, un poco más alto, pero no llega a ser significativo.

En general, los trazos son débiles, pero hay sombreados y borraduras, que indican ansiedad y conflicto emocional. Hay omisión de piernas en todas las figuras.

Conclusiones sobre el Test de la Familia

Es una familia compuesta por muchos miembros, pero que no interactúa entre sí o lo hace con dificultad, debido a las limitaciones que tienen en su contacto con el medio. Posiblemente es una familia que atiende mucho a las apariencias externas, pero que tienen muchas limitaciones emocionales a lo interno. En el paciente se perciben sentimientos de fracaso, timidez con carácter obsesivo, rasgos depresivos, ocasionalmente apático, ansioso, con conflictos emocionales, poco comunicativo, con poco contacto ambiental, sentimientos de culpabilidad y baja autoestima.

Interpretación del Test de la figura humana

Realizó los dibujos con orden, aseo y buena adecuación del espacio, dibujó primero la figura del sexo opuesto vinculándola con la figura materna, lo que indica confusión en la identidad sexual.

La segunda figura es un hombre, un poco más pequeño que la figura femenina; podemos pensar que la figura masculina, ante su yo, se encuentra levemente disminuida con relación a la mujer.

Ambas figuras son grandes, orientadas hacia la parte inferior de la hoja, lo que podría asociarse con tendencias depresivas y apatía.

La actitud es la misma en ambas figuras, son rígidas, indicador de conflictos graves y profundos, frente a los cuales mantiene un control rígido, pero a menudo endeble.

La cabeza: en ambas figuras la cabeza está bien dibujada. Los rostros son muy parecidos, salvo por algunos detalles. Hay mucho énfasis en el pelo, detalle ligado a la homosexualidad, pero con señales de ansiedad. Los ojos tienen la mirada fija, por lo que debe descartarse la presencia de procesos paranoicos. Poseen pestañas grandes y vistosas, señal segura de homosexualidad.

La nariz: es ancha y grande, expresa rechazo y desprecio hacia su medio. La boca es oval y carnosa, lo que indica que es oral erótico y dependiente. El mentón es fuerte y agrandado, lo que indica sentimientos compensatorios de la debilidad y de la indecisión. Las orejas destacadas son señales de que puede existir un daño orgánico en el área auditiva, o un conflicto homosexual pasivo.

El tronco: los brazos y las manos muestran rasgos de ansiedad; los detalles de las manos están destacados, lo que indica que es compulsivo. Los hombros están destacados, lo que indica inseguridad con relación a la masculinidad.

La ropa y accesorios: ambas figuras están cuidadosamente vestidas, lo que se liga al narcisismo social, presentes en individuos infantiles y egocéntricos. Los dos tienen botones, lo que indica que hay una personalidad dependiente e infantil y con un ajuste imperfecto; posiblemente hay preocupaciones somáticas.

Los bolsillos ubicados en el pecho de la figura masculina indican privación oral y afectiva, por lo general presente en dibujos de personas infantiles y dependientes.

Conclusiones del test de la figura humana.

La literatura indica que de 16 homosexuales manifiestos, 13 dibujaron primero la figura del sexo opuesto, tal como ocurrió en este caso. Muchos datos de los aportados por el test apuntan a la homosexualidad manifiesta en una personalidad infantil, egocéntrica y dependiente, que manifiesta rasgos de ansiedad y que muestra desprecio y rechazo hacia su medio

Conclusiones de la interpretación de los Tests aplicados

Los tests aportan datos concluyentes con relación a la homosexualidad, pero no en lo que se refiere a posibles procesos orgánicos o psicóticos. En cambio apunta a una personalidad infantil, erótico dependiente.

Aunque su homosexualidad es manifiesta, existen rasgos de represión ante la presencia de un yo fuerte que ocasionalmente tiene dificultades para controlar los impulsos del ello.

Estos datos han sido confirmados por la historia clínica.

Proceso Diagnóstico

E.H.E

Diagnóstico diferencial:

Me propuse establecer el diagnóstico diferencial entre Delirium por abstinencia de sustancias y Delirium debido a múltiples etiologías:

A pesar de que el examinado presenta rasgos de un trastorno de delirium por abstinencia de sustancias no reúne los indicadores suficientes para este trastorno.

Características:

Delirium por abstinencia de sustancias F1x4 DSM-5- TM

Luego de analizar y correlacionar los datos obtenidos, el paciente cumple con los criterios señalados en el DSM-5-TM y expresar que presenta:

Criterios para el diagnóstico de F1x4 Delirium por abstinencia de sustancias. CIE 10

- A. Alteración de la conciencia (P ej: disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención al entorno) con reducción de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.
- B. Cambio en las funciones cognoscitivas (Como deterioro de la memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por una demencia previa o en desarrollo.

- C. La alteración se presenta en un corto período de tiempo en 0 días y tiende a fluctuar a lo largo del día.
- D. Demostración, a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio, de que los síntomas de los criterios A y B se presentan durante poco después de un síndrome de abstinencia.

Nota: Este diagnóstico debe hacerse en lugar del diagnóstico de abstinencia de sustancias solo cuando los síntomas cognoscitivos excedan de los propios del síndrome de abstinencia

Y cuando los síntomas sean la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Códigos para el delirium por abstinencia de sustancia

F10.4 Alcohol (291.0)

F13.4 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (292.81)

F 19.4 Otras sustancias (o desconocidas) (292.81)

Criterios para el diagnóstico de Delirium debido a múltiples etiologías

- A. Alteración de la conciencia (p ej., disminución de la capacidad de prestar atención al entorno) con reducción de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.
- B. Cambio en las funciones cognoscitivas (como deterioro de la memoria, desorientación , alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por una demencia previa o en desarrollo
- C. La alteración se presenta en un corto período de tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.
- D. Demostración, a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio, de que el delirium tiene más de una etiología (p ej, más de una enfermedad médica, una enfermedad médica más una intoxicación por sustancias por efectos secundarios de los medicamentos).

Nota de codificación: Utilizar los códigos necesarios que reflejan el tipo de delirium y su etiología específica, por ejemplo, F05.0 Delirium debido a encefalitis vírica (293.0) y F10.4 Delirium por abstinencia de alcohol (291.0)

F19.2x Dependencia de otras sustancias desconocidas.

Diagnóstico Etiológico:

Los síntomas del paciente iniciaron desde temprana edad, en la etapa de su adolescencia, que comenzó el consumo de sustancias psicoactivas, ya que refiere en la entrevista clínica que inició con el consumo de alcohol, pega, crack, cocaína, marihuana.

Diagnóstico Final:

Luego de analizar y correlacionar los datos obtenidos, el paciente cumple con los criterios diagnósticos según historia clínica para este primer caso el manual de Trastornos mentales y del comportamiento DSM- 5 TM y datos obtenidos en la historia clínica el primer caso y decir que presenta:

Criterios para el diagnóstico de (F60.1)

Trastorno Esquizoide de la personalidad 301.20 (F60.1)

- A. Patrón dominante de desapego en las relaciones sociales y poca variedad de expresión de las emociones en contextos interpersonales, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los hechos siguientes:
 - 1. No desea ni disfruta las relaciones íntimas, incluido el formar parte de una familia.
 - 2. Casi siempre elige actividades solitarias.
 - 3. Muestra poco o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona.
 - 4. Disfruta con pocas o con ninguna actividad.
 - 5. No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado.
 - 6. Se muestra indiferente a las alabanzas o a las críticas de los demás.
 - 7. Se muestra emocionalmente frío, con desapego o con afectividad plana.
- B. No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, otro trastorno psicótico o un trastorno

del espectro del autismo, y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Nota: Si los criterios se cumplen antes del inicio de la esquizofrenia, se añadirá “previo”, es decir, “trastorno de la personalidad esquizoide (previo).”

CASO #2

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES

Nombre y Apellido: S. P. M.

Edad: 36 años

Sexo: Masculino

Estado civil: soltero

Religión Actual: Católica

Procedencia: Pueblo Nuevo.

Hijos: 1

Nombre de la madre: C. M. R

Nombre del padre: S. P. C

MOTIVO DE CONSULTA

¿CUENTEME CUAL ES SU MOTIVO DE CONSULTA?

No expreso mi homosexualidad por miedo a no encontrar trabajo

HISTORIA DEL PADECIMIENTO ACTUAL

¿CÓMO SE SIENTE USTED ACTUALMENTE?

El paciente expresa haber vivido una niñez muy dura, ya que a los cinco años falleció su madre de una enfermedad llamada cáncer y a los nueve años, fallece su padre (lo asesinaron). A él y a sus hermanos, los adoptaron unos señores, quienes son sus tíos y a la vez, padres de crianza, los cuales los maltrataban, les gritaban, los golpeaban, haciéndoles sentir menos por no tener derecho

a reclamar, no les permitían jugar ni tener amigos, sólo los levantaban a las cinco de la mañana a trabajar en el campo.

A los quince años viajó a Cuba becado, beca que se consiguió en secreto. Viajó y estudió con un amigo; con este amigo tuvo su primera relación sexual a los 19 años. Expresa que desde pequeño le gustaban los hombres, secreto que ni familiares, ni amigos, nadie lo sabe hasta la fecha.

Regresé a mi país, a mi casa, lleno de rencor con mis padres de crianza por el maltrato y la desintegración de todos mis hermanos del núcleo familiar.

A los 25 años conocí a la madre de mi hija con quien me junté y nació mi niña; estando con ella, estaba con mi amigo de Cuba, con ambos sostenía relaciones sexuales, todas mis relaciones sexuales con hombres las he mantenido (detrás de una máscara) oculta por el miedo a la sociedad, a no encontrar trabajo, más que todo.

He tenido relaciones sexuales con hombres y mujeres, pero me gusta más con hombres.

El trece de agosto del año 2005, me fui con unos amigos a un bar por la noche, donde me encontré con el asesino de mi padre, le reclamé, me llené de ira, discutimos, sacó una bayoneta; al sentirme amenazado, tomé un cuchillo del mismo bar y lo maté. Estuve huyendo de la justicia durante tres días, luego me entregué, mi abogado hizo todos los trámites para mi pronto ingreso al Sistema Penitenciario, el día 16 de agosto del año dos mil cinco.

Cuando salga del Sistema pienso formalizar mi relación, pero con mi amigo (otro que conocí aquí), todo lo haré en silencio (oculto) para que mi familia nunca se de cuenta y no decepcionarlos.

DATOS PRE-PERI Y POSTNATAL

¿QUE SABE DE SU DESARROLLO PRE Y POSTNATAL?

Etapa prenatal

El paciente expresa no saber nada de esos datos, ya que él tenía cinco años cuando su madre murió y su padre falleció cuando tenía nueve años de edad.

Etapa Peri natal

No conozco nada de mi infancia, ya que nadie me platica sobre ella

Etapa postnatal

No sé si mi madre me amamantó, tampoco sé si chupé el biberón.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES

¿CUALES SON LOS ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES QUE USTED HA PADECIDO?

De mi infancia no recuerdo nada, pero actualmente padezco de dolor de cabeza, tengo tensión muscular, por el tiempo de estar sentado trabajando en la máquina de coser.

Antecedentes de hábitos tóxicos

Comencé a ingerir alcohol a partir de los veinte años en ocasiones, no he consumido ningún tipo de drogas, solamente alcohol.

Estado de salud actual

¿COMO SE SIENTE UD ACTUALMENTE?

Me siento bien, estoy solamente con los dolores musculares y el agotamiento por el trabajo y porque yo soy el responsable del área administrativa dentro del Sistema Penitenciario.

Desarrollo Psicológico

¿COMO FUE SU DESARROLLO PSICOLOGICO?

No recuerdo y tampoco me contaron mi proceso de niñez, no sé a los cuantos meses gateé, o empecé a caminar.

Área del lenguaje

No recuerdo la edad en que empecé hablar, en mi infancia. Escucho claramente, no tengo problemas auditivos, en la expresión estoy también claro que me entendían, comprendo con claridez y entendimiento y no tengo ningún problema en la visión desde mi infancia.

Área Psicosocial

Desde mi infancia, no presento problemas en la ingesta de los alimentos, del control de los esfínteres no recuerdo nada, con respecto al validismo, desde niño me visto y me calzo solo, ya que quedé sin madre desde muy temprano.

Área del sueño

Se me hace difícil conciliar el sueño cuando pienso en mi hija, yo no padezco de nada, ni pesadillas, absolutamente nada, estoy bien.

Área sexual

Comencé mi vida sexual activa a los 19 años de edad; mi primera experiencia sexual la tuve con un hombre, quien era mi amigo y compañero de clases en la República de Cuba, donde realizaba estudios de secundaria, a partir de esa época comencé a tener relaciones sexuales con él solamente.

A los 25 años regresé a Nicaragua, donde conocí a una mujer y sostuve relaciones con ella para tapar las sospechas, con quien procreamos una niña que tiene 14 años actualmente.

Sostenía relaciones sexuales con mi amigo y con mi mujer, pero me agradaba más estar con el varón que con la mujer, pero él mucho me reclamaba, entonces me separé de ambos.

Después tuve relaciones sexuales con un alguacil del Sistema, hace poco conocí a un muchacho que estaba recluido en el Sistema y sostuvimos relaciones sexuales, pero todo en silencio, durante el tiempo que estuvo prisionero, pero hace un mes que salió de la cárcel; él ahora está libre, y me visita me trae regalos, dinero, y tenemos planes para el futuro, queremos formalizar nuestra relación, pero todo en silencio, ya que tengo miedo de que no me den trabajo por ser homosexual, ahora sólo con hombres me gusta tener relaciones sexuales, lo que yo quiero es que nadie se dé cuenta de que soy homosexual.

DATOS RELEVANTES DE LA HISTORIA CLINICA

- ⇒ Ausencia de la figura materna y paterna desde la infancia.
- ⇒ Maltrato desde los primeros años de su infancia.
- ⇒ Sentimientos de ira y venganza.
- ⇒ Sentimientos de atracción hacia individuos de su propio sexo.
- ⇒ Primera experiencia sexual con un individuo de su mismo sexo, a los 19 años.
- ⇒ Experiencias sexuales con hombres y mujeres.

- ⇒ Mayor preferencia sexual hacia los hombres.
- ⇒ Deseos de ocultar sus preferencias sexuales.
- ⇒ Cometió homicidio por venganza.

INTERPRETACION DE RESULTADOS DEL TEST DE BENDER

Inició los dibujos con la hoja en posición vertical, pero hubo rotación de la tarjeta de la primera figura, las demás figuras están dibujadas de forma vertical. Esto es un indicador de ansiedad o de oposición frente a su medio ambiente.

Análisis de las figuras:

Todas las figuras fueron dibujadas con orden y aseo lo que nos indica que el paciente ha introyectado normas de limpieza, orden y aseo. Además de ordenado y limpio, es una persona que sabe aprovechar los recursos que su medio ambiente pone a su disposición.

Dibujó con una progresión secuencial de arriba hacia abajo, lo que es normal. Contó todos los puntos, tanto en la figura 1, como en la 2, lo que significa necesidad de perfeccionamiento, puede ser compulsivo, obsesivo.

Existe una figura (#6) colgada del canto de la página, lo que indica incertidumbre, inseguridad, necesidad de apoyo, temor a colocarse en el centro de atención y a la autonomía.

Existe tendencia a dibujar figuras pequeñas, indicador de propensión al retraimiento, inhibición a la espontaneidad: bloqueo emocional. Por otro lado, también hay tendencia a realizar líneas fuertes, indicador de agresión y hostilidad frente al ambiente.

Algunas curvas están atenuadas, lo que significa debilitamiento de los afectos, superficialidad afectiva. También existe rotación en la figura A, indicador de posible organicidad o de esquizofrenia.

Conclusión

Paciente en el cual existe un solo signo indicador de organicidad, el mismo que podría indicar esquizofrenia. Tiene tendencia al perfeccionismo y a la obsesividad compulsiva, rigidez del carácter. Hay indicios de un yo dependiente e inestable.

Interpretación de resultados del Test H.T.P

Dibujos realizados en distintas páginas, con orden y aseo, con tendencia a la derecha y hacia abajo del papel. Son dibujos primitivos, que pueden corresponder a dibujos de niños de primeros grados de primaria. Con excepción del árbol, son figuras pequeñas, realizados con trazos fuertes, en los cuales hay muchos indicios de ansiedad.

Casa:

la impresión que produce esta casa es de una casa débil, en mal estado, con un techo más pequeño que la casa.

Techo: refleja el grado en que el individuo dedica su tiempo a la fantasía y que recurre a ella en búsqueda de sus satisfacciones; en el dibujo, el techo está reforzado y hay elaboración, lo que nos indica la probabilidad de que se está defendiendo de la amenaza de que su fantasía escape a su control, además, se percibe tendencia psicótica.

Paredes: se observa que las paredes están reforzadas, lo que nos indica que hay un supremo esfuerzo de hipervigilancia por mantener la integridad del yo,

Puertas: el paciente expresó que están abiertas y que la casa está vacía. Indican un sentimiento de vulnerabilidad extrema y falta de adecuación de las defensas yoicas.

Accesorios: los detalles que aparecen alrededor de la casa significan que existe falta de seguridad.

Conclusiones sobre la interpretación de la casa:

Existe una gran posibilidad de un proceso de desintegración psicótica, contra la cual el paciente está luchando, pero sus defensas yoicas no son adecuadas, por lo que hay temor a la desintegración.

Arbol: es un árbol poco común, no parece árbol. Dijo que es un árbol de matapalo, con 30 años, vivo, se encuentra solo por debajo de mí. Expresa que ese árbol le recuerda a un amigo, es muy frondoso y fuerte, si hubiera dibujado otra cosa y no el árbol, hubiera sido mi amigo.

Tronco: es un tronco sumamente irregular, que no parece tronco; algunas líneas reforzadas que están en el dibujo, indican que existe necesidad de mantener la integridad de su personalidad, que hay temor a la difusión y desintegración de la misma.

Ramas: la proporción en el tamaño de las ramas no se corresponde con el del tronco. El follaje o copa está achatado, lo que puede interpretarse como un intento de negar o rechazar totalmente el área de la fantasía.

Raíces: a partir del dibujo de las raíces y de la línea del suelo, se puede concluir que existe gran preocupación por el contacto con la realidad y es posible que ya exista un deterioro en el criterio de la realidad y por tanto, un proceso de desintegración psicótica.

Conclusiones sobre la interpretación del árbol

Existe necesidad de mantener la integridad de la personalidad y hay temor a la desintegración y a la pérdida de contacto con la realidad. De igual manera, teme el refugiarse en la fantasía, seguramente para no perder el contacto con la realidad.

Persona: dibujo pequeño pero completo, muy primitivo con relación a la edad. Las líneas son fuertes y reforzadas, hay indicadores de ansiedad.

La cabeza: la nariz es larga, lo que se puede vincular a sentimientos de impotencia sexual; las orejas están destacadas, por lo que se puede pensar en un conflicto homosexual pasivo; en el resto de los detalles de la cabeza se perciben rasgos ansiosos.

El cuello: es largo, indicador de dificultades en el control de los impulsos instintivos o de síntomas somáticos.

Brazos y manos: algunos detalles indican ansiedad con respecto a las actividades que indican contacto social.

La figura desnuda y los senos expuestos indican, por un lado, rebelión contra la sociedad y las figuras parentales; por otro lado, conciencia de sus conflictos sexuales.

Conclusión sobre la interpretación de la persona:

Los detalles relevantes encontrados apuntan hacia el conflicto existente en la identidad sexual, la rebelión hacia lo establecido en este ámbito por la sociedad representada por las figuras parentales, lo que genera ansiedad.

Conclusiones Generales del Test de H. T. P:

Los datos ofrecidos por el test HTP orientan la atención hacia el inicio de un proceso de desintegración psicótica, por lo que hay temor y hace un esfuerzo por mantener la integridad de la personalidad. Está luchando por evitarlo, pero sus defensas yoicas no son adecuadas y eso genera ansiedad. También genera ansiedad el conflicto con su identidad sexual y el temor a reconocer su homosexualidad.

Interpretación del Test de Frases Incompletas de SACKS

Actitud frente a la madre: Puntaje: 0

14-0

29-0

44-0

59-0

RESUMEN INTERPRETATIVO:

El vínculo emocional con la madre fue muy estrecho; las respuestas parecen indicar que existe una fuerte identificación con ella, que está muerta, pero en esa misma identificación se percibe la génesis de su conflicto homosexual.

Actitud frente al padre: 2

1- 1

16- 2

31- 1

46- 1

RESUMEN INTERPRETATIVO

El paciente tiene un serio conflicto, ya que mezcla la relación que tuvo con su padre biológico ya fallecido y su padre adoptivo, de una manera negativa en ambos casos; muestra la necesidad de la comprensión y de la presencia de un padre.

Actitud frente al grupo familiar: 1

12- 0

27- 1

42- 0

57- 1

RESUMEN INTERPRETATIVO

Tiene buen concepto de la familia. Siente que su familia no le daba lo que él quería en la infancia, pero siente que ahora le respetan y le apoyan. Piensa que la educación juega un papel importante dentro del rol social en las familias.

Actitud frente a las mujeres: 0

10- 0

25- 0

40- 0

55- 0

RESUMEN INTERPRETATIVO

Muestra un gran respeto hacia el sexo femenino, piensa que las mujeres hasta cierto punto son extraordinarias, se expresa de ellas de la misma manera que de la madre.

Actitud frente a las relaciones heterosexuales: 1

11- 0

26- 1

41- 1

56- 0

RESUMEN INTERPRETATIVO

Piensa que las relaciones heterosexuales son un compromiso muy serio se adquiere una gran responsabilidad; es posible que en la fantasía, tenga relaciones heterosexuales, pero también evasivas.

Actitud frente a los amigos y conocidos: 1

8- 0

23- 1

38- 0

53- 0

RESUMEN INTERPRETATIVO

Sus amigos juegan un papel importante en su vida ya que él muestra gran aprecio por sus amistades, expresa que sus amigos le extrañan; manifiesta temor de perderlos, lo que posiblemente está relacionado con su opción sexual que todavía mantiene en secreto.

Actitud frente a los colegas en el trabajo o la escuela: 0

13- 0

28- 0

43- 0

58- 0

RESUMEN INTERPRETATIVO

Parece que tiene buen concepto de las mujeres, especialmente en el área laboral, no se percibe rechazo hacia ellas en este ámbito. Piensa que las mujeres son más accesibles para trabajar con ellas, exige responsabilidad y experiencia, pero no especifica en qué ámbito. Actitud positiva frente a los colegas.

Actitud frente a los subordinados: 0

4- 0

19-0

34-0

48-0

RESUMEN INTERPRETATIVO

Le gusta tratar a las personas con respeto, a como lo merecen, no le agrada dar órdenes, piensa que es aceptado por ellos. Le incomoda la posición de superioridad.

Actitud frente a los superiores en el trabajo o la escuela: 1

6- 1

21- 0

36- 0

51- 0

RESUMEN INTERPRETATIVO

Los respeta y se siente aceptado por ellos, pero expresa que le gustaría ser una figura de autoridad.

Temores: 1

7- 1

22- 1

37-1

52-1

RESUMEN INTERPRETATIVO

Hay varios temores latentes, especialmente con relación a perder a sus amigos. Expresa tener una gran preocupación de ser rechazado por las personas que el quiere, a perderlos.

Sentimientos de culpa: 2

15- 2

30- 2

45- 1

60- 2

RESUMEN INTERPRETATIVO

Existe conciencia del desorden en que ha vivido su vida. Presenta sentimientos de culpa y arrepentimiento por el delito que cometió. Da la impresión que ahora es cuando ha empezado a reflexionar sobre sus vivencias.

Actitudes frente a las propias capacidades: 1

2- 1

17- 0

32- 1

47- 1

RESUMEN INTERPRETATIVO:

A pesar de reconocer que tiene capacidades para enfrentar la vida, existe poca tolerancia a la frustración; tiene una actitud un tanto pesimista frente al desarrollo de sus capacidades, pero está conciente de que las puede desarrollar al máximo si se lo propone. Cuestiona sus propias actitudes.

Actitudes frente al pasado: 1

9- 1

24- 0

39- 1

54- 0

RESUMEN INTERPRETATIVO

Siente que en su niñez sufrió mucho, pero tiene buenos recuerdos de la época, pero según los datos de la historia clínica, esta satisfacción puede ser fantaseada; mucha sensibilidad a la crítica, sentimiento de arrepentimiento por el error que cometió.

Actitudes frente al futuro: 0

5- 0

20- 0

35- 0

50- 0

RESUMEN INTERPRETATIVO

Optimista respecto a su situación legal, a la felicidad, y en su desarrollo profesional para destacarse en el ámbito laboral en el lugar donde se encuentra. Revela sensatez y madurez al analizar su futuro.

Metas: 1

3- 0

18- 1

33- 2

49- 0

RESUMEN INTERPRETATIVO:

Logra expresar sus deseos insatisfechos, algunos de los cuales pueden realizarse en la fantasía, al mismo tiempo, aparecen los temores de que su verdadera identidad sexual sea descubierta. Desea su libertad y estar al lado de las personas que quiere, destacarse, pero sobre todo que nadie se entere de sus preferencias sexuales.

Conclusiones de la interpretación del Test de Sacks

Las áreas de mayor conflicto son: la actitud frente al padre y los sentimientos de culpa.

En segundo lugar se encuentran: la actitud frente al grupo familiar, a las relaciones heterosexuales, frente a los amigos y conocidos, frente a los superiores, frente a sus propios temores, frente a sus propias capacidades, frente al pasado y a las metas.

El hecho de que haya conflictos con la figura paterna deja traslucir el conflicto que existe en su identidad sexual, lo que puede relacionarse con una inadecuada resolución del Complejo de Edipo.

Interpretación del Test de la Familia

La familia dibujada tiene sólo dos miembros: él y su hija. Los dibujos son sumamente primitivos, de nivel de niños de primaria. Están emplazados en el borde superior de la hoja, son figuras pequeñas y próximas, lo que indica incertidumbre y búsqueda de seguridad. Los dibujos fueron realizados con orden y aseo, lo que indica que ha introyectado normas de limpieza.

Es evidente que ha omitido al resto de la familia, lo que es señal de conflictos con este grupo. Son figuras rígidas, por lo que puede pensarse en un conflicto grave y profundo.

Trazos cortos líneas rectas y reforzados: Indicador de la inhibición de la expansión vital y una fuerte tendencia a replegarse en si mismo y guiados por las reglas, además, presencia de rasgos ansiosos.

El tamaño pequeño de las figuras se asocia con sentimientos de inferioridad e inseguridad

Conclusión del test de la familia:

Falta de reconocimiento a su familia, posiblemente por esta razón, es inseguro y manifiesta incertidumbre y búsqueda de seguridad. Conflictos familiares, tendencia a replegarse en sí mismo.

Interpretación del Test Proyectivo de la figura humana:

Trabajó con orden y aseo, no utilizó adecuadamente el espacio, dibujos muy primitivos dan la impresión de estar desnudos. Dibujó primero la figura femenina, lo que se constituye en un fuerte indicador de problemas en la identidad sexual.

Los dibujos son pequeños, lo que puede interpretarse como que el examinado se siente pequeño o perdido, la cabeza y el rostro están pocos claros, es posible que el examinado sea en extremo auto consciente y tímido.

La boca esta dibujada en forma oval y abierta, es posible que sea oral erótico y dependiente.

Las pupilas están ausentes lo que indica culpa vinculada con tendencia voyeurística.

El cuello es largo lo que revela dificultades para controlar y dirigir los impulsos instintivos. Los brazos son largos y extendidos fuera del cuerpo, indica necesidades agresivas dirigidas hacia el exterior.

Las figuras están desnudas y los pechos expuestos, el examinado está expresando rebelión contra la sociedad o conciencia de sus conflictos sexuales.

Conclusiones:

Confusión de identificación sexual, pequeño (inferior), rechazado, oral erótico dependiente, dificultad al controlar los impulsos instintivos, agresividad hacia el exterior, lento e indeciso.

Conclusiones Generales de los Tests

Paciente en el cual existe un solo signo indicador de organicidad, el mismo que podría indicar esquizofrenia, pero también hay indicios de que hay un proceso de desintegración psicótica incipiente, del cual se defiende a través de sus defensas yoicas.

Estos procesos generan ansiedad, la que también está presente en el conflicto relacionado con su identidad sexual, que aunque para él es clara y definida, todavía no logra decidirse a que se conozca en público. En esta área aparecen muchos temores y preocupaciones con el correlato de la ansiedad. Posiblemente es de este conflicto que se defiende y por eso percibe que su personalidad se desintegra.

Existe rigidez de carácter, tendencia obsesiva compulsiva, pero simultáneamente hay indicios de un yo dependiente e inestable. Los sentimientos de culpa, que son fuertes, aparecen como la expresión de un superyó rígido, que constantemente señala al yo las áreas de conflicto, por lo que

hay temores e inseguridades, especialmente en relación con la figura paterna, lo que hace pensar que hay conflictos de naturaleza edípica que no están resueltos.

Proceso Diagnóstico:

S.P.M

Diagnóstico diferencial

Me propuse trabajar el diagnóstico diferencial entre Disforia de género en adolescentes y adultos 302.85 (F64.1) y Disforia de género no especificada. 302.6 (F64.9)

La Disforia de género en adolescentes y adultos según el DSM -5 TM representa una profunda alteración del sentido de identidad del individuo con respecto a la masculinización o a la feminización. El DSM -5 TM establece que existen dos componentes que deben estar presentes a la hora de hacer el diagnóstico:

Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de dos de las características siguientes:

1. Debe existir un fuerte deseo firme de pertenecer al otro sexo, ser considerado como del otro sexo, un deseo de vivir o de ser tratado como del otro sexo, o la convicción de experimentar las reacciones y las sensaciones típicas del otro sexo. (Criterio A).
2. Malestar persistente con el propio sexo o sentimientos de inadecuación con su rol.

En los adolescentes y en los adultos, la alteración se manifiesta por síntomas como preocupación por eliminar las características sexuales primarias y secundarias, o creer que se ha nacido con el sexo equivocado.

Disforia de género no especificada: Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de la disforia de género que causan un malestar

clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero no cumplen todos los criterios de la disforia de género. La categoría disforia de género no especificada se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios disforia de género, e incluye las presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

Diagnóstico presuntivo

Aunque si presenta patrones de conductas fantasiosas, falta de empatía en la etapa de la vida adulta, carece de empatía: no está dispuesto a reconocer o a identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás, principalmente con la figura paterna. No reúne los ítems para un trastorno de la personalidad narcisista (F60.81), pero si para un diagnóstico de disforia de género en adolescentes y adultos. (F64.1)

Según el DSM- 5 TM y los datos de la historia clínica, en este caso se establece un diagnóstico de “Disforia de género”

Diagnóstico Final

Disforia de género en adolescentes y adultos 302.85 (F64.1)

- A. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de dos de las características siguientes:
1. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y sus caracteres sexuales primarios o secundarios (o en los adolescentes jóvenes, los caracteres sexuales secundarios previstos).
 2. Un fuerte deseo por desprenderse de los caracteres sexuales propios primarios o secundarios, a causa de una marcada incongruencia con el sexo que se siente o se expresa (o en adolescentes jóvenes, un deseo de impedir el desarrollo que los caracteres sexuales previstos).

3. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo opuesto.
 4. Un fuerte deseo de ser del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se asigna).
 5. Un fuerte deseo de ser tratado como del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
 6. Una fuerte convicción de que uno tiene los sentimientos y reacciones típicos del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
- B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Resultados del Test de comportamiento de frases de Sacks.

Nombre: S. P. M

Edad: 36 años

1. Pienso que mi padre rara vez: no es justo
2. cuando llevo las de perder: Me enoja
3. Siempre quise: Ser el mejor
4. Si yo tuviera autoridad: Haría que las cosas se cumplieran como son.
5. El futuro me parece: Mejor
6. Los hombres que son mis superiores: Los envidio
7. Sé que es tonto pero tengo miedo de: Fracasar
8. Pienso que un verdadero amigo: Es la persona ideal para contarle mis problemas
9. Cuando era niño: Vivía una época muy dura
10. Mi idea de una mujer perfecta: Buena madre, buena compañera y que me entienda
11. Cuando veo un hombre y una mujer juntos: Me da alegría
12. Comparada con la mayoría de las familias, la mía: Es muy unida
13. En el trabajo me llevo mejor con: Con mis compañeras mujeres

14. Mi madre: Era el ser más divino que he tenido
15. Haría cualquier cosa para olvidar la vez que: Que cometí este error
16. Ojalá mi padre: Me entendiera y me comprendiera lo que en realidad soy
17. Creo que tengo capacidad para: Salir adelante
18. Sería completamente feliz si: tuviera a mi madre.
19. Si tuviera gente trabajando para mí:
Los trataría como son: seres humanos
20. Anhele:
La libertad
21. En la escuela, mi maestro:
Siempre se portaron lo mejor (me apoyaron)
22. La mayoría de mis amigos no saben que tengo miedo de:
Perderlos
23. No me gusta la gente que:
Me critica
24. La mayoría de las muchachas:
Les caigo bien
25. Mi opinión sobre la vida matrimonial es:
Es un compromiso serio una responsabilidad.
26. Mi familia me trata como:
Con cariño/ con respeto
27. Las personas con las que trabajo son:
Muy discretas y respetuosas
28. Mi madre y yo :
Los amábamos
29. Mi mayor error fue:
Cometer este crimen
30. Quisiera que mi padre:
Me comprendiera y apoyara (estuviera porque ya no está)

31. Mi mayor debilidad es:
Ser muy frágil
32. Mi ambición secreta en la vida:
Es que mi familia no se dé cuenta de los errores que cometo
33. La gente que trabaja para mí:
Me aprecia mucho por lo bueno que soy
34. Algún día yo:
Seré superior a mis superiores
35. Cuando veo venir a mi jefe:
Me porto normal y lo saludo
36. Quisiera perder el temor de:
Perder a mis amistades(es especial a las personas que yo aprecio)
37. La gente que más me gusta:
Gente cariñosa, popular, respetuosa y amable
38. Si fuera joven otra vez:
Lo hubiera pensado mejor, lo que ahora he hecho
39. Creo que la mayoría de las mujeres:
Son el ser más maravilloso que Dios mando al mundo
40. Si tuviera relaciones sexuales:
Lo haría con la persona que más me agrada
41. La mayoría de las familias que conozco:
Son de la sociedad educadas
42. Me gusta trabajar con personas que:
Sean responsables y que tengan experiencias
43. Creo que la mayoría de las madres:
Son puras y sinceras
44. Cuando era más joven me sentía culpable por:
No saber conducir mi vida
45. Siento que mi padre es:
Muy enojado

46. Cuando la suerte es adversa:
Me pregunto por qué?
47. Cuando doy órdenes a los demás yo:
Me siento incómodo
48. Lo que más quiero de la vida:
Siempre mi libertad (estar junto a las personas que quiero)
49. Lo que menos quiero de la vida
50. Cuando sea más viejo:
Recordar todo lo bueno que hice.
51. Las personas que considero mis superiores:
Siempre me han tratado bien
52. Mis temores me obligan a veces a:
Perder a la persona que quiero
53. Cuando yo no estoy cerca, mis amigos:
Me extrañan
54. Mi recuerdo infantil más vivo:
Cuando peleaba con mis compañeros (jugábamos)
55. Lo que menos me gusta en las mujeres:
Que sean chismosas
56. Mi vida sexual:
La llevo muy ordenada
57. Cuando era niño mi familia:
No me daban lo que yo quería
58. Las personas que trabajan conmigo habitualmente:
Son muy unidas y responsables
59. Me gusta mi madre, pero:
Ya no está
60. Lo peor que hice hasta ahora:
Haber cometido el delito y haberme entregado