

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA



TESIS DE GRADO

**LA EVALUACIÓN DE LOS SÍNDROMES CLÍNICOS (DSM-5) Y
SU RELACIÓN CON LAS CONDUCTAS DELICTIVAS EN
MUJERES PRIVADAS DE LIBERTAD DEL CENTRO
PENITENCIARIO FEMENINO DE MIRAFLORES DE LA
CIUDAD DE LA PAZ**

POR: JUAN JULIO LECOÑA MAMANI

TUTOR: DR. RODOLFO LÓPEZ HARTMANN

LA PAZ – BOLIVIA

2023

DEDICATORIA

La presente Tesis de Grado está dedicada a mi familia y a mi querida madre, quien con su amor y sacrificio supo proveerme de lo necesario para crecer como persona y profesionalmente, y fundamentalmente por haberme dado la vida

AGRADECIMIENTOS ESPECIALES

A la Carrera de Psicología de la Universidad Mayor de San Andrés por constituirse en la institución académica más importante para mi formación profesional

A las autoridades y funcionarios de la Dirección Departamental de Régimen Penitenciario
de La Paz

Al Dr. Rodolfo López Hartmann en su calidad de tutor de la presente Tesis de Grado

INDICE

	Pág.
Dedicatoria.....	i
Agradecimientos especiales.....	ii
Resumen.....	vii
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPÍTULO I

PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	5
1.1. Área problemática.....	5
1.2. Problema de investigación.....	6
1.3. Preguntas de investigación.....	12
1.3.1. Pregunta general.....	12
1.3.2. Preguntas específicas.....	12
1.4. Objetivos.....	12
1.4.1. Objetivo general.....	12
1.4.2. Objetivos específicos.....	12
1.5. Hipótesis.....	13
1.5.1. Hipótesis de investigación (Hi).....	13
1.5.2. Hipótesis nula (Ho).....	13
1.6. Justificación.....	13

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO	18
2.1. Estructura de organización del DSM-5.....	18
2.2. Síndromes clínicos (DSM-5).....	20
2.2.1. Trastorno de ansiedad (Escala A).....	20
2.2.2. Trastorno somatomorfo (Escala H).....	21
2.2.3. Trastorno bipolar (Escala N).....	21

2.2.4. Trastorno distímico (Escala D).....	21
2.2.5. Dependencia del alcohol (Escala B).....	22
2.2.6. Dependencia de sustancias (Escala T).....	22
2.2.7. Trastorno de estrés postraumático (Escala R).....	22
2.2.8. Trastorno del pensamiento (Escala SS).....	22
2.2.9. Depresión mayor (Escala CC).....	23
2.2.10. Trastorno delirante (Escala PP).....	23
2.3. Antecedentes de la psicología jurídica, forense y penitenciaria.....	24
2.4. Realmente que es el delito.....	27
2.5. Funciones del psicólogo penitenciario.....	28
2.6. El ingreso a un centro penitenciario.....	30
2.7. La clasificación penitenciaria.....	31
2.7.1. La clasificación penitenciaria en Bolivia (Ley N° 2298 de Ejecución Penal y Supervisión, 2001).....	31
2.8. Los pronósticos de los privados de libertad.....	33
2.9. La evaluación penitenciaria.....	34
2.10. El tratamiento penitenciario.....	35
2.10.1. El tratamiento penitenciario según la Ley N° 2298 de Ejecución Penal y Supervisión (2001).....	35
2.11. Las conductas delictivas o criminales.....	36
2.12. Definición conceptual de violencia.....	36
2.13. Delincuentes o criminales violentos.....	37
2.14. Violencia delictiva.....	38
2.15. Delitos no-violentos.....	40
2.16. Trastorno mental y violencia delictiva.....	40
2.17. Precisión terminológica entre agresividad, violencia y delincuencia.....	42
2.17.1. La agresividad.....	42
2.17.2. La violencia.....	42
2.17.3. La delincuencia.....	42
2.18. Modelo integrador y comprensivo del comportamiento delictivo.....	43
2.19. La psicología criminológica.....	44

2.19.1. Enfoque cognitivo.....	45
2.19.2. Enfoque biológico o neurológico.....	45
2.19.3. Enfoque de desarrollo.....	46
2.19.4. Enfoque de los rasgos.....	46
2.20. Derechos humanos de las personas privadas de libertad.....	47
2.21. Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela) (2015).....	48
2.22. Ley N° 2298 de Ejecución Penal y Supervisión (2001).....	52
2.23. Código Penal Ley N° 1768 de 10 de marzo de 1997.....	53
2.24. Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz.....	54

CAPITULO III
METODOLOGIA

3.1. Tipo de investigación.....	55
3.2. Diseño de investigación.....	55
3.3. Variables de investigación.....	55
3.3.1. Definición conceptual o constitutiva de las variables.....	56
3.3.1.1. Los síndromes clínicos (DSM-5).....	56
3.3.1.2. Las conductas delictivas.....	56
3.3.2. Operacionalización de las variables.....	57
3.4. Población.....	60
3.5. Muestra.....	60
3.6. Técnicas e instrumentos de investigación.....	61
3.6.1. Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III).....	61
3.6.2. Cuestionario de Datos Complementarios.....	65
3.7. Análisis estadísticos.....	66
3.8. Ambiente de investigación.....	66
3.9. Procedimiento.....	67

CAPÍTULO IV		
RESULTADOS		69
4.1. En cumplimiento o alcance del objetivo específico “describir las características sociodemográficas y delictivas de las mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz” ...		69
4.2. En cumplimiento o alcance del objetivo específico “evaluar los síndromes clínicos (DSM-5) en mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz”		81
4.3. En cumplimiento o alcance del objetivo específico "describir las conductas delictivas de las mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz”		87
4.4. En cumplimiento o alcance del objetivo específico “correlacionar entre los síndromes clínicos (DSM-5) y las conductas delictivas violentas y no-violentas en mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz”		93

CAPÍTULO V		
CONCLUSIONES		100

CAPÍTULO VI		
RECOMENDACIONES		105

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA		107
---	--	-----

ANEXOS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Valores descriptivos de edad</i>	69
Tabla 2. <i>Frecuencia y porcentaje de edad categorizada</i>	70
Tabla 3. <i>Frecuencia y porcentaje de estado civil</i>	71
Tabla 4. <i>Frecuencia y porcentaje de estatus social</i>	72
Tabla 5. <i>Frecuencia y porcentaje de religión</i>	73
Tabla 6. <i>Frecuencia y porcentaje de nacionalidad</i>	74
Tabla 7. <i>Frecuencia y porcentaje del nivel de educación</i>	75
Tabla 8. <i>Frecuencia y porcentaje del tipo de ocupación</i>	76
Tabla 9. <i>Frecuencia y porcentaje de la situación o estado jurídico</i>	77
Tabla 10. <i>Frecuencia y porcentaje del tiempo de reclusión</i>	78
Tabla 11. <i>Frecuencia y porcentaje de las causas del delito cometido</i>	79
Tabla 12. <i>Frecuencia y porcentaje de reincidencia</i>	80
Tabla 13. <i>Frecuencia y porcentaje de los síndromes clínicos (DSM-5)</i>	82
Tabla 14. <i>Frecuencia y porcentaje del grupo de los síndromes clínicos moderadamente graves</i>	84
Tabla 15. <i>Frecuencia y porcentaje del grupo de los síndromes clínicos graves</i>	85
Tabla 16. <i>Frecuencia y porcentaje total de los dos grupos de los síndromes clínicos (DSM-5)</i>	86
Tabla 17. <i>Frecuencia y porcentaje de las conductas delictivas</i>	88
Tabla 18. <i>Frecuencia y porcentaje de las conductas delictivas no-violentas</i>	89
Tabla 19. <i>Frecuencia y porcentaje de las conductas delictivas violentas</i>	91
Tabla 20. <i>Frecuencia y porcentaje total de los dos grupos de las conductas delictivas</i>	92
Tabla 21. <i>Matriz de correlaciones entre los síndromes clínicos (DSM-5) y el nivel de violencia en las conductas delictivas (violentas y no-violentas)</i>	93
Tabla 22. <i>Correlación entre los síndromes clínicos (DSM-5) y las conductas delictivas (violentas y no-violentas)</i>	98

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. <i>Porcentaje de edad categorizada</i>	70
Figura 2. <i>Porcentaje de estado civil</i>	71
Figura 3. <i>Porcentaje de estatus social</i>	72
Figura 4. <i>Porcentaje de religión</i>	73
Figura 5. <i>Porcentaje de nacionalidad</i>	74
Figura 6. <i>Porcentaje del nivel de educación</i>	75
Figura 7. <i>Porcentaje del tipo de ocupación</i>	76
Figura 8. <i>Porcentaje de la situación o estado jurídico</i>	77
Figura 9. <i>Porcentaje del tiempo de reclusión</i>	78
Figura 10. <i>Porcentaje de las causas del delito cometido</i>	79
Figura 11. <i>Porcentaje de reincidencia</i>	80
Figura 12. <i>Porcentaje de los síndromes clínicos (DSM-5)</i>	83
Figura 13. <i>Porcentaje del grupo de los síndromes clínicos moderadamente graves</i>	84
Figura 14. <i>Porcentaje del grupo de los síndromes clínicos graves</i>	85
Figura 15. <i>Porcentaje total de los dos grupos de los síndromes clínicos (DSM-5)</i>	86
Figura 16. <i>Porcentaje de las conductas delictivas</i>	88
Figura 17. <i>Porcentaje de las conductas delictivas no-violentas</i>	90
Figura 18. <i>Porcentaje de las conductas delictivas violentas</i>	91
Figura 19. <i>Porcentaje total de los dos grupos de las conductas delictivas</i>	92
Figura 20. <i>Correlación entre el síndrome Abuso de Drogas y el nivel de violencia en las conductas delictivas (violentas y no-violentas)</i>	94
Figura 21. <i>Correlación entre el síndrome Abuso de Alcohol y el nivel de violencia en las conductas delictivas (violentas y no-violentas)</i>	95
Figura 22. <i>Correlación entre el síndrome Pensamiento Psicótico y el nivel de violencia en las conductas delictivas (violentas y no-violentas)</i>	96
Figura 23. <i>Correlación entre el síndrome de Depresión Mayor y el nivel de violencia en las conductas delictivas (violentas y no-violentas)</i>	97
Figura 24. <i>Correlación entre los síndromes clínicos (DSM-5) y las conductas delictivas (violentas y no-violentas)</i>	98

ÍNDICE DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Bolivia: Cantidad de denuncias de delitos de alta connotación social por año, según tipo de delito, 2017 – 2022(p).....	9
Cuadro 2. Bolivia: Denuncias de delitos contra la vida por año, según tipo de delito, 2017 - 2022(p).....	10
Cuadro 3. Operacionalización de la variable síndromes clínicos (DSM-5).....	57
Cuadro 4. Operacionalización de la variable conductas delictivas.....	59
Cuadro 5. Muestra (n) o unidades de observación.....	60

RESUMEN

Ante la inminente delincuencia e inseguridad ciudadana a nivel nacional en estos últimos años, donde los delitos o crímenes llevados a cabo por los perpetradores son cada vez más violentos a diferencia de aquellos delitos considerados no violentos, este estudio es una respuesta o contribución científica a las dos problemáticas citadas. Es así que, según estadísticas los delitos 1) delitos contra la vida, 2) violencia familiar, 3) contra la libertad sexual, 4) trata y tráfico de personas, 5) contra las personas y 6) contra la propiedad son de alta connotación e impacto social, ya que generalmente conllevan cierta o hasta una desmedida violencia, que en consecuencia despierta en el conjunto de la población una sensación o percepción de inseguridad a su integridad personal (física y psicológica) (Observatorio Boliviano de Seguridad Ciudadana y Lucha Contra las Drogas OBSCD, al primer trimestre de 2022).

Así mismo, el presente trabajo se ha efectuado ante la necesidad latente e imperiosa de llevar a cabo evaluaciones clínicas psicológicas y delictivas periódicas de una variedad de variables de los/as privados/as de libertad en situación de reclusión penitenciaria como está establecida en la Ley N° 2298 de Ejecución Penal y Supervisión (2001), ya que la diversidad de funciones y responsabilidades atribuidas al psicólogo/a penitenciario/a más la sobrepoblación de reclusos/as en los recintos carcelarios de Bolivia no les da el tiempo necesario para cumplir a cabalidad dichas evaluaciones, es así que, el objetivo general de esta investigación científica es “determinar la correlación entre los síndromes clínicos (DSM-5) y las conductas delictivas en mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz”.

De los criterios metodológicos establecidos, este estudio es de alcance o de tipo descriptivo correlacional, de diseño transeccional o transversal (no experimental), las unidades de observación (muestra) son 40 privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado (muestreo de investigación no probabilística o dirigida de sujetos – tipos), las variables de investigación se han relevado con el MCMI-III (2007) y el Cuestionario de Datos Complementarios (2016) (Hernández, R., et. al, 1991 - 2014).

De acuerdo al análisis de resultados se ha llegado a determinar, que la mayoría de la muestra de estudio de 40 mujeres privadas de libertad presenta los síndromes clínicos (DSM-5) Delirios Psicóticos, Histeriforme/Somatoforme, Neurosis Depresiva-Distimia y Abuso de Alcohol, además, la mayoría de ellas presentan conductas delictivas violentas de asesinato, robo agravado, 1008, infanticidio y robo, así mismo, la mayoría de estas mujeres presentan conductas delictivas no-violentas de estafa. Ahora bien, del análisis estadístico efectuado tanto con la prueba Pearson (r) como con la prueba Ji cuadrada o Chi cuadrada (X^2) los síndromes clínicos y las conductas delictivas (violentas y no-violentas) están correlacionadas ($X^2=5.58$; $gl = 1$; $p < 0,05$), y por lo tanto se aprueba la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula de este estudio.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio sobre la evaluación de los síndromes clínicos (DSM-5) y su relación con las conductas delictivas en mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz se ha planteado desde la problemática de la criminalidad o delincuencia como de la inseguridad ciudadana, que aqueja al conjunto de la población boliviana, y le genera intranquilidad o malestar psicológico a nivel personal como familiar, ya que de acuerdo a estadísticas recabadas para este trabajo de la Dirección General de Régimen Penitenciario y Supervisión la población penitenciaria de mujeres y hombres en Bolivia desde el año 2001 a junio de 2019 ha crecido a casi el triple (ver anexo).

Así mismo, la prevalencia de los trastornos mentales es tres veces mayor en la población delictual en comparación a la población general (Skeem, Emke-Francis y Louden, 2006, citados en Bartol, C. R. y Bartol, A. M., 2017, p. 237). Además, como recomienda Soria, M. A. y González, A. B. (2006) de todas las funciones y responsabilidades atribuidas al psicólogo/a penitenciario/a dos de las más primordiales e imprescindibles son, 1) la evaluación psicológica y 2) el tratamiento psicológico (p. 232). En función, a la prevalencia de los trastornos mentales en la población delictual-penitenciaria y a las recomendaciones efectuadas por Soria, M. A. y González, A. B. (2006) sobre la evaluación psicológica en el ámbito carcelario en el presente proyecto de investigación científica se plantea la evaluación de los síndromes clínicos (DSM-5) desde el modelo de evaluación del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III) construido por Millon, T., Davis, R. y Millon, C.; adaptado al español por Cardenal Hernández, V. y Sánchez López, M.^a P. (2007), en este modelo se subdivide a los síndromes clínicos (DSM-5) de acuerdo a su gravedad clínica en dos grupos o secciones 1) Síndromes clínicos moderadamente graves y 2) Síndromes clínicos graves.

Además, en estudios posteriores se ha corroborado la existencia de trastornos mentales relacionados o asociados con diferentes delitos, y se ha observado particularmente, que los delitos violentos son los más perturbadores y de cuidado a diferencia de los delitos considerados no-violentos. Así mismo, de los trastornos mentales, el delincuente o criminal con el trastorno antisocial de la personalidad es uno de los que más está relacionado con la comisión de distintos delitos. También, remarcar que los delitos violentos son los que mayor impacto emocional y psicológico negativo crean en el conjunto de la sociedad civil boliviana, ya que últimamente como

bien se sabe por medio de las distintas Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) formales e informales los delitos consumados por los criminales o malhechores cada vez se llevan a cabo con mayores indicadores de violencia física como psicológica al momento de someter y dar de baja a sus víctimas (Bartol, C. R. y Bartol, A. M., 2017, p. 236). Es así que, la otra variable de estudio que se indaga en la presente investigación científica son las conductas delictivas en mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz, ya que es primordial e imprescindible otorgar o dar una respuesta científica sobre su ocurrencia desde este trabajo.

Ahora bien, el objetivo general de este estudio es “determinar la correlación entre los síndromes clínicos (DSM-5) y las conductas delictivas en mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz”. También, puntualizar, que en este estudio estas dos variables de investigación se abordan o sustentan a partir de las siguientes definiciones conceptuales.

Los “síndromes clínicos (DSM-5)” desde el modelo de evaluación del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III) construido por Millon, T., Davis, R. y Millon, C.; adaptado al español por Cardenal Hernández, V. y Sánchez López, M.^a P. (2007) se entiende, que los síndromes clínicos tienden a ser estados relativamente claros o transitorios, aumentando o disminuyendo con el tiempo en función del impacto de las situaciones estresantes. La mayoría de los síndromes clínicos descritos y evaluados en este estudio son de tipo reactivo, por lo tanto, su duración es sustancialmente más corto que de los trastornos de la personalidad. Habitualmente representan estados en los que un proceso patológico activo se manifiesta con claridad, a menudo precipitado por sucesos externos (Millon, T., Davis, R. y Millon, C., 2007, p. 45).

Por otro lado, la conducta delictiva o criminal se indaga desde el ámbito legal donde se define como la acción o la omisión de actuar en contra de la ley que así lo prohíbe o lo ordena, y para lo cual existe un rango de posibles sanciones tras la sentencia condenatoria. Por lo tanto, el comportamiento criminal es aquella conducta que infringe el código penal. Para que una persona sea sentenciada por un delito, debe haber actuado intencionalmente y sin justificación ni excusa. Esta definición legal abarca una gran variedad de actos o conductas delictivas, que van desde el asesinato hasta delitos menores (Bartol, C. R. y Bartol, A. M., 2017, p. 1).

Respecto a los procedimientos y criterios metodológicos que soportan el presente trabajo son como sigue, este estudio inicialmente es de alcance o de tipo descriptivo, donde primeramente se especifican o caracterizan individualmente tanto a los síndromes clínicos (DSM-5) como a las conductas delictivas (Hernández, R., et. al, 2014, pp. 92 - 93), también es de tipo correlacional, ya que se evalúa el grado de relación existente entre los síndromes clínicos y las conductas delictivas (Hernández, R., et. al, 2014, pp. 93 - 95). Es de diseño transeccional o transversal (no experimental) debido a que el relevamiento de datos o resultados de las variables de investigación se los ha llevado a cabo en un solo o único momento – tiempo (Liu, 2008 y Tucker, 2004, citado en Hernández, R., et. al, 2014, pp. 154 - 159). La muestra (n) o las unidades de observación de estudio son 40 privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz, la selección de la muestra (n) de investigación es no probabilística o dirigida de sujetos – tipos (Hernández, R., et. al, 1991, pp. 231 - 232). Finalmente, las variables de investigación se han evaluado respectivamente con el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III) construido por Millon, T., Davis, R. y Millon, C.; Adaptado al español por Cardenal Hernáez, V. y Sánchez López, M.^a P. (2007) y con el Cuestionario de Datos Complementarios de Lequepi, M. J. (2016).

En los resultados se ha llegado a constatar que la mayoría de las mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz están en un promedio de edad de 35 años y en un rango de 18 a 62 años. Así mismo, la mayoría de estas mujeres son adultas y jóvenes, están concubinadas y otras son solteras, de estatus social media, de religión católica, de un nivel educativo hasta la secundaria, antes de su reclusión estas mujeres desarrollaban un trabajo independiente, todas de nacionalidad boliviana.

En relación a las características delictivas la mayoría de las mujeres privadas de libertad están recluidas preventivamente, llevan “menos de un año” detenidas, además, la mayoría de ellas se abstuvo de dar información respecto a las causas que les llevaron a cometer el determinado delito, y finalmente la mayoría de ellas no son reincidentes y el restante 25% de la muestra si son reincidentes.

También, se evidencia, que la mayoría de la muestra de estudio presenta particularmente los síndromes clínicos (DSM-5) Delirios Psicóticos, Histeriforme/Somatoforme, Neurosis Depresiva-Distimia y Abuso de Alcohol. Así mismo, la mayoría de las mujeres privadas de libertad presentan

conductas delictivas violentas de asesinato, robo agravado, 1008, infanticidio y robo, y por otro lado la mayoría de ellas presentan conductas delictivas no-violentas de estafa.

Por último, en este apartado de introducción señalar, que tanto del análisis correlacional efectuado con el estadístico paramétrico correlacional lineal de Pearson (r) (Hernández, R., et. al, 1991, pp. 383 – 384 – 385 – 386) como con la prueba de Ji cuadrada o Chi cuadrada (X^2) se ha llegado a corroborar la existencia de asociación entre los síndromes clínicos (DSM-5) con las conductas delictivas (violentas y no violentas) ($X^2=5.58$; $gl = 1$; $p < 0,05$). Por lo tanto, se afirma y confirma la hipótesis de investigación (H_i) del presente estudio, donde se señala, “existe correlación entre los síndromes clínicos (DSM-5) y las conductas delictivas en mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz”, es así que, se rechaza o refuta la hipótesis nula (H_o) planteado en este trabajo de grado.

CAPÍTULO I

PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1.1. ÁREA PROBLEMÁTICA

Este trabajo parte de una necesidad y debilidad institucional que tiene la Dirección General de Régimen Penitenciario y Supervisión de Bolivia (2022) en la intervención y prevención en el sistema penitenciario en cuanto a la evaluación, diagnóstico y tratamiento como indica a nivel internacional las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos que han sido adoptadas por las Naciones Unidas sobre la “Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente” (1955). Como también a nivel nacional están descritas en la Ley N° 2298 de Ejecución Penal y Supervisión (2001).

Esta debilidad en la intervención penitenciaria no podría o no podrá ser superada debido a la sobrepoblación carcelaria actual (ver anexo) existente en Bolivia, como también está relacionada a la mínima o a la falta de personal existente en el área de la psicología penitenciaria, lo cual, limita a que se desarrolle una adecuada evaluación y diagnóstico al momento de ingreso, durante la permanencia y antes de la obtención de la libertad de las mujeres que son acusadas de haber cometido uno o varios delitos por el cual o los cuales se ha ordenado su reclusión legal en el Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz.

Respecto a la multiplicidad y diversidad de funciones y responsabilidades que el psicólogo penitenciario debe desarrollar y cumplir de acuerdo a la Ley N° 2298 (2001), como también en conformidad al conocimiento científico que se cuenta hasta ahora del área de la psicología penitenciaria, la más importante de ellas que debe realizar en un determinado recinto penitenciario es la “evaluación y tratamiento” (Soria, M. A. y González, A. B., 2006, p. 232) de las personas en situación de reclusión penitenciaria.

La debilidad en la intervención penitenciaria que se tiene particularmente en el Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado con la evaluación de los síndromes clínicos (DSM-5), las conductas delictivas, las características sociodemográficas y delictivas en alguna medida coadyuva al trabajo de intervención y prevención penitenciaria que lleva adelante el equipo multidisciplinario, en especial con los datos o informaciones clínico delictuales

alcanzados en el presente proyecto de investigación científica se contribuye a la labor del área psicológica de este recinto carcelario.

Es así que, para una adecuada intervención psicológica en el sistema penitenciario Soria, M. A. y González, A. B. (2006) recomiendan tomar en cuenta cuatro directrices importantes, que son las siguientes: 1) Los derechos constitucionales, legales y reglamentarios del recluso, 2) La individualización de la intervención, según las características personales y situacionales de cada interno, 3) La especialización profesional del psicólogo en el ámbito penitenciario y 4) Seguir las líneas generales de actuación indicadas por las Direcciones Generales de Instituciones Penitenciarias (p. 232).

1.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio parte de la problemática de inseguridad ciudadana y el crecimiento acelerado de la delincuencia que se ha ido suscitando descontroladamente en estos últimos años en Bolivia, como es común en Latinoamérica y el Caribe, lo cual, sin duda alguna ha hecho que la percepción y el estado psicológico del conjunto de la población en la actualidad presente ciertas características psicológicas clínicas negativas, como ansiedad, fobia, entre otros, que en cuanto a su origen y presencia sintomatológica están relacionadas a los hechos delincuenciales o criminales que han ido ocurriendo en Bolivia en estos últimos años particularmente.

En consecuencia por departamentos y a nivel nacional la población penitenciaria (mujeres y hombres) desde el año 2001 a junio de 2019 (ver anexo) se ha ido incrementando paulatinamente a casi el triple (Dirección General de Régimen Penitenciario y Supervisión, a junio de 2019). Este crecimiento sobre todo se observa en la población penitenciaria varones (ver anexo). En relación a la población penitenciaria recluida con sentencia ejecutoriada o preventivamente (ver anexo) la mayoría de ellos/as están privados/as de libertad sin sentencia y solo una minoría si tiene una condena legal.

Estos datos estadísticos de la población penitenciaria en Bolivia sin duda y de alguna manera muestran las distintas problemáticas y necesidades del sistema penitenciario. Lequepi, M. J. (2016) en la investigación que realizo sobre las “alteraciones neuropsicológicas y trastornos de personalidad en situación de reclusión penitenciaria” acertadamente resume algunas de estas problemáticas indicando que “el hacinamiento, la retardación de justicia, la violación de los

derechos humanos, la insuficiente presencia del estado y en especial la inseguridad en el sistema penitenciario en los últimos años se ha constituido en un grave problema a nivel nacional. Que además genera una gran desconfianza en los programas de reinserción, readaptación, rehabilitación y reeducación que señala la Ley N° 2298 de Ejecución Penal y Supervisión (2001) y la Ley de Derechos Humanos de las Persona Privadas de Libertad sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente” (p. 23).

Ahora bien, actualmente una de las debilidades que se tiene en el Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz, como en todo el sistema penitenciario de Bolivia, es la “evaluación psicológica clínica”, que es una de las funciones más importantes a desarrollar por parte del psicólogo penitenciario (Soria, M. A. y González, A. B., 2006, p. 232), incluso, esta función que se incumple está tipificada en la Ley N° 2298, Capítulo III (Derechos y Obligaciones), Artículo 23 (Revisión Médica), que indica, “a su ingreso al establecimiento a todo interno se le practicara un examen médico para determinar su estado físico y mental y en su caso, adoptar las medidas que correspondan. Todo interno debe ser examinado por lo menos una vez al año” (pp. 35 - 36). La otra función más importante que debe desempeñar el psicólogo penitenciario es el “tratamiento psicológico” (Soria, M. A. y González, A. B., 2006, p. 232) de los reclusos/as, el cual, necesariamente está condicionada en primera instancia a una adecuada y completa evaluación-diagnóstico de los mismos/as.

Como señala Lequepi, M. J. (2016) el Artículo 23 (Revisión Médica) “en parte se incumple no por acción u omisión del servicio médico y psicológico de los penales sino por la falta de personal para realizar la evaluación anual que indica esta normativa. Por lo cual, el estudio, asesoramiento e intervención externo contribuye al trabajo del servicio psicológico, sobre el comportamiento humano que se desarrolla en un ambiente de reclusión” (p. 30).

La debilidad en la intervención psicológica que tiene el sistema penitenciario nacional en cuanto a la “evaluación y tratamiento” conlleva o está relacionada a una multiplicidad de problemáticas que de manera general podemos nombrar a dos de ellas 1) la inseguridad penitenciaria y 2) la inseguridad ciudadana. La primera se puede originar o activar a consecuencia de factores personales-delictuales o por factores sociales-delictuales. La segunda está relacionada a la probabilidad de reincidencia delictual de los excarcelados/as.

Por lo tanto la ausencia u omisión de una adecuada “evaluación psicológica clínica” de los reclusos/as de cualquier recinto penitenciario no permitirá cumplir profesional o legalmente la finalidad de todo proceso de evaluación, que son: 1) la clasificación penitenciaria (sistema progresivo); 2) la programación del tratamiento más adecuado para cada caso; 3) la evaluación periódica del tratamiento y la revisión del grado penitenciario; 4) el informe pronóstico final para el otorgamiento de la libertad condicional; 5) otros fines como: informes de personalidad y de conducta solicitados por los Tribunales, Jueces, Fiscales y Juez de Vigilancia (Soria, M. A. y González, A. B., 2006).

Ahora bien, de acuerdo a estadísticas recientes recabadas para el presente estudio hasta el primer trimestre de 2022 los delitos considerados de alta connotación social y que presentan mayor impacto de inseguridad ciudadana a la percepción del conjunto de la población boliviana son los que a continuación se enumeran 1) delitos contra la vida, 2) violencia familiar, 3) contra la libertad sexual, 4) trata y tráfico de personas, 5) contra las personas y 6) contra la propiedad (Observatorio Boliviano de Seguridad Ciudadana y Lucha Contra las Drogas OBSCD). Según la bibliografía y el código penal revisado (constatar esto en el marco teórico de este estudio) estos seis grupos o tipos de delitos cometidos habitualmente van acompañados del ejercicio de cierta o hasta el uso de una desmedida o extrema violencia por parte de los criminales o delincuentes a las víctimas directas en comparación o a diferencia de los delitos llevados a cabo sin las características o indicadores de violencia, que en general se hace referencia a cualquier tipo de delito cometido “pero que no esté catalogado o estipulado como un delito violento” tanto en la literatura como en los códigos penales (conductas delictivas o criminales). Seguidamente, en el cuadro 1 se presentan dichas estadísticas (OBSCD, hasta el primer trimestre de 2022).

Cuadro 1. Bolivia: Cantidad de denuncias de delitos de alta connotación social por año, según tipo de delito, 2017 – 2022(p)

Principales Indicadores	2017	2018	2019	2020	2021	2022(p)	Variación Porcentual 2017-2021
Delitos contra la libertad sexual	4.764	5.455	6.320	5.352	6.693	8.850	40,49%
Delitos de trata y tráfico de personas	452	430	526	452	589	1.880	30,31%
Violencia familiar	32.574	32.038	35.576	29.793	34.439	4.041	5,73%
Delitos contra las personas	7.587	8.039	8.453	5.784	7.036	148	-7,26%
Delitos contra la propiedad	16.003	16.012	18.028	12.014	14.771	2.341	-7,70%
Delitos contra la vida	717	544	495	417	440	161	-38,63%
Total	62.097	62.518	69.398	53.812	63.968	17.421	3,01%

Fuente: Elaborado por OBSCD, con base a información proporcionada por la Policía Boliviana, 2022

(P): Preliminar corresponde al primer trimestre

Así mismo, en el cuadro 2 se muestra específicamente a los delitos contra la vida, que son considerados de mayor gravedad y despiertan mayor alarma en el conjunto de la sociedad civil, ya que se trata de delitos o crímenes (conductas delictivas o criminales) irreversibles e irreparables a las víctimas indirectas (familia y otros muchos), que sufren la pérdida de un determinado integrante de la familia, y quedan con ese dolor sentimental y emocional incalculable tanto las familias como todos los allegados de la víctima directa. El OBSCD (hasta el primer trimestre de 2022) comprende en sus estadísticas en el grupo de los “delitos contra la vida”, al 1) homicidio, 2) asesinato, 3) infanticidio, 4) feminicidio y 5) parricidio.

Cuadro 2. Bolivia: Denuncias de delitos contra la vida por año, según tipo de delito, 2017 - 2022(p)

Delito	2017	2018	2019	2020	2021	2022(p)
Homicidio	470	319	253	203	210	80
Asesinato	74	79	79	76	89	34
Infanticidio	70	37	45	33	29	10
Feminicidio	99	107	114	102	111	24
Parricidio	4	2	4	3	1	0
Total	717	544	495	417	440	148

Fuente: Elaborado por OBSCD, con base a información proporcionada por la Policía Boliviana, 2022

(P): Preliminar corresponde al primer trimestre

Por otro lado, se ha constatado la presencia de trastornos mentales asociados con distintos delitos, y aquellos delitos donde se ejercen violencia son los más perturbadores y de cuidado. Es así que, un delincuente con trastorno delirante puede irrumpir en un edificio y luego escapar según el de quienes lo persiguen o quieren atrapar. El criminal con trastorno antisocial de la personalidad puede cometer delitos de fraude o robo contra distintas víctimas incautas. Sin embargo, la sociedad civil en su conjunto tiene más miedo o fobia de los delitos llevados a cabo con el uso o ejercicio de la violencia (conductas delictivas violentas), que los delitos cometidos sin el empleo de la violencia (conductas delictivas no-violentas) (Bartol, C. R. y Bartol, A. M., 2017, p. 236).

Así mismo, hacer notar que la presencia de un trastorno mental grave no es causa directa de un determinado crimen (Peterson et al., 2014, citados en Bartol, C. R. y Bartol, A. M., 2017, p. 236), y los factores de riesgo para llevar a cabo crímenes o delitos son similares tanto para individuos con trastornos mentales como en aquellos delincuentes que no presentan ningún trastorno mental (Skeem, et al., 2014, citados en Bartol, C. R. y Bartol, A. M., 2017, p. 236). Sin embargo, las personas con trastornos mentales aparecen con cierta regularidad en los registros de arrestos policiales, detenidos en las penitenciarías o prisiones, y son un verdadero desafío laboral penitenciario de intervención y prevención de que no reincidan delictivamente después de su excarcelación, y sobre todo esta responsabilidad recae a manos del psicólogo/a de los penales o

recintos carcelarios en cuanto a la “evaluación, diagnóstico, tratamiento y pronóstico psicológico relacionado a la actuación delictiva futura de estas personas”.

La prevalencia de trastornos mentales es tres veces mayor entre la población delincuyente que en la población general (Skeem, Emke-Francis y Loudon, 2006, citados en Bartol, C. R. y Bartol, A. M., 2017, p. 237). Constantine y sus colaboradores (2010), citados en Bartol, C. R. y Bartol, A. M. (2017), por ejemplo, identificaron tres patrones o trayectorias de arresto para las personas con enfermedad mental grave: 1) crónico de bajo nivel, 2) crónico de alto nivel y 3) esporádico (p. 237). Su estudio, que abarcó casi 4.000 participantes con diagnóstico de trastornos mentales graves, no hizo distinción entre delitos violentos y no violentos, aunque sí distinguió entre delitos graves y delitos menores (Bartol, C. R. y Bartol, A. M., 2017, p. 237).

Es así que, el desafío e ímpetu del presente proyecto de investigación científica es evaluar los “síndromes clínicos (DSM-5)” desde el modelo de evaluación planteado en el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III) construido por Millon, T., Davis, R. y Millon, C.; adaptado al español por Cardenal Hernández, V. y Sánchez López, M.^a P. (2007). En el cual, los síndromes clínicos están subdivididos o separados según su gravedad clínica en dos grupos 1) Síndromes clínicos moderadamente graves: Trastorno de ansiedad (escala A), Trastorno somatomorfo (escala H), Trastorno bipolar (escala N), Trastorno distímico (escala D), Dependencia del alcohol (escala B), Dependencia de sustancias (escala T) y Trastorno de estrés postraumático (escala R) y 2) Síndromes clínicos graves: Trastorno del pensamiento (escala SS), Depresión mayor (escala CC) y Trastorno delirante (escala PP).

También, se ha llegado a describir las “conductas delictivas (violentas y no-violentas)” remitiéndonos a las líneas anteriores respecto a su importancia de indagar sobre esta variable de estudio. Finalmente, de acuerdo a uno de los objetivos específicos planteados a alcanzar se ha llegado a determinar la correlación entre los síndromes clínicos (DSM-5) y las conductas delictivas violentas y no-violentas. Sin duda alguna los resultados o datos alcanzados en el presente estudio coadyuvan positivamente a la labor que lleva adelante el equipo multidisciplinario del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz, en especial al área de psicología de dicho penal (sobre todo para el tratamiento psicológico de la muestra de este estudio).

1.3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1.3.1. PREGUNTA GENERAL

¿Existe correlación entre los síndromes clínicos (DSM-5) y las conductas delictivas en mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz?

1.3.2. PREGUNTAS ESPECÍFICAS

¿Qué síndromes clínicos (DSM-5) presentan las mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz?

¿Cuáles son las conductas delictivas de las mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz?

¿Cuáles son las características sociodemográficas y delictivas de las mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz?

¿Existe correlación entre los síndromes clínicos (DSM-5) y las conductas delictivas violentas y no-violentas en mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz?

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la correlación entre los síndromes clínicos (DSM-5) y las conductas delictivas en mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar los síndromes clínicos (DSM-5) en mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz.
- Describir las conductas delictivas de las mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz.

- Describir las características sociodemográficas y delictivas de las mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz.
- Correlacionar entre los síndromes clínicos (DSM-5) y las conductas delictivas violentas y no-violentas en mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz.

1.5. HIPÓTESIS

1.5.1. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN (Hi)

Existe correlación entre los síndromes clínicos (DSM-5) y las conductas delictivas en mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz.

1.5.2. HIPÓTESIS NULA (Ho)

No existe correlación entre los síndromes clínicos (DSM-5) y las conductas delictivas en mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz.

1.6. JUSTIFICACIÓN

Las conductas delictivas o criminales intrigan al ser humano. En ocasiones nos atrae, en otras nos causa repulsión y en algunos casos nos provoca ambas reacciones. Además, los delitos pueden provocar miedo, en especial cuando pensamos que lo que le sucedió a una determinada víctima podría ocurrirnos a nosotros o a alguno de nuestros seres queridos (familia y allegados sociales). Los delitos también causan indignación personal y social.

Aunque el crimen suele despertar un gran interés, comprender por qué ocurre y que se debe hacer al respecto siempre ha significado un problema. Es así que, funcionarios públicos, políticos, expertos en distintos campos y muchas personas del público en general continúan sugiriendo soluciones simples e incompletas para contrarrestar el crimen, en particular los crímenes violentos o los delitos callejeros. Entre las soluciones simples e incompletas planteadas están desplegar a más oficiales de la policía, instalar video-cámaras y avanzados equipos de vigilancia, profesores

armados, candados más seguros, clases de autodefensa, sanciones penales más severas, procesos más rápidos de encarcelamiento o la pena capital (Bartol, C. R. y Bartol, A. M., 2017, p. 2). Sin duda algunas de estas opciones de solución si han tenido buenos resultados y otros no, lo que si es cierto es que ninguna de estas soluciones planteadas por si solas han alcanzado el éxito o la solución completa y definitiva en la lucha o erradicación total de la criminalidad. Por lo tanto, se requiere realizar un trabajo multidisciplinar entre todos los sectores, ya sean públicos, privados y con la participación activa del conjunto de la sociedad civil, que en lo posible nos lleve a disminuir al máximo las conductas delictivas o criminales en Bolivia o en cualquier parte del mundo, ya que el delito, la delincuencia y el delincuente tienen orígenes o causas de múltiples factores o dimensiones.

Por otro lado, las soluciones que atacan las posibles causas de la criminalidad –como reducir la desigualdad económica, mejorar las oportunidades de acceso a la educación u ofrecer tratamiento para combatir el abuso de sustancias toxicas– tienen merito innegable, pero requieren de compromiso, energía y recursos financieros públicos (Bartol, C. R. y Bartol, A. M., 2017, p. 2).

Ahora bien, nuestra incapacidad para evitar el crimen también se debe en parte a que tenemos dificultades para entender el comportamiento criminal, y para identificar sus diversas causas y llegar a un consenso al respecto. Las explicaciones del crimen requieren de respuestas complejas que implican compromiso, y la investigación psicológica indica que la mayoría de las personas tienen una tolerancia limitada frente a la complejidad y la ambigüedad. Al parecer queremos respuestas sencillas y directas, sin importar que tan complejo sea el problema (Bartol, C. R. y Bartol, A. M., 2017, p. 2).

Según Redondo, S. (1998, p. 340), citado en Ágreda, R. (2009) los “primeros psicólogos” en la historia –española– comenzaron su actividad “en las prisiones españolas en 1965”. En 1979 se dictó una nueva Ley Penitenciaria, que supuso una profunda reforma del sistema penitenciario español y abrió grandes posibilidades a la intervención de la “psicología” en las prisiones. Esta disposición legal establece que la finalidad primordial del sistema penitenciario es la “reeducación y la reinserción social de los condenados”; que el tratamiento penitenciario es la herramienta principal, que deben llevar a cabo los psicólogos, criminólogos y otros técnicos sociales, mediante el uso de las técnicas que son propias y finalmente, que el tratamiento debe basarse en un “diagnóstico y clasificación previa de los encarcelados” (p. 201).

El trabajo del psicólogo en los centros penitenciarios de Bolivia se ha iniciado formalmente con la promulgación y puesta en vigencia de la Ley N° 2298 de Ejecución Penal y Supervisión el año 2001, que en su Artículo 97 (Asistencia Psicológica) señala específicamente las funciones que debe desarrollar y cumplir el psicólogo penitenciario, en cuanto a la “evaluación y tratamiento” psicológico de los/as privados/as de libertad en un determinado centro carcelario.

Así mismo, por investigación de Redondo, S. (1998, p. 34), citado en Ágreda, R. (2009) se conoce que se estudiaron en las prisiones españolas la inteligencia, la personalidad, las actitudes y las aptitudes –especialmente vocacionales y laborales– de grupos de delincuentes (p. 202). Para lo cual se utilizaron dos tipos de “técnicas básicas” 1) los test (psicométricos, proyectivos, cuestionarios e inventarios) y 2) las entrevistas (Alarcón y Purón, citados por Redondo, S., 1998, p. 341). Con estas técnicas se obtenía la información de perfiles de inteligencias y personalidad (Ágreda, R., 2009, p. 202).

En cambio al presente en Bolivia como indica Lequepi, M. J. (2016) “específicamente en la Carrera de Psicología de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Mayor de San Andrés (UMSA), aproximadamente de los 3000 Proyectos de Grado, Trabajos Dirigidos y Tesis de Grado realizados para obtener el Grado y Título a nivel Licenciatura en Psicología, se han realizado dos Tesis de Grado y un Trabajo Dirigido en el área de psicología penitenciaria, la mayoría de los trabajos científicos se han efectuado en el área clínica, educativa, social y laboral” (p. 18).

El mismo, señala en su trabajo que: “está claro que el área de la psicología jurídica y forense a partir de la investigación debe generar mayores conocimientos científicos, estrategias, técnicas e instrumentos de prevención, asesoramiento, intervención y seguimiento en el marco de su competencia, respecto de las problemáticas sociales de la población. Haciendo uso del razonamiento analítico clínico y jurídico – forense que nos permita conocer y comprender mejor los hechos sociales” (p. 18). Que como sub área incluye a la psicología penitenciaria y a otros.

En consecuencia es una necesidad la efectivización de este estudio y de futuras investigaciones sobre variables psicológicas o psicopatológicas relacionadas al delito, delincuencia y delincuente. Sobre todo que conlleven exigencias procedimentales y criterios de mayor dificultad metodológica, ya que ello nos llevara a describir, explicar y predecir con mayor certeza o precisión sobre la

ocurrencia del accionar criminal o delictual del contexto boliviano, que presenta diferencias sustanciales o marcadas al accionar delincencial extranjero o de otros países.

La ausencia u omisión en la “evaluación psicológica clínica” de las mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz con los resultados o datos alcanzados sobre las variables de este estudio (síndromes clínicos (DSM-5) y conductas delictivas) sin duda alguna coadyuvara al trabajo arduo e incansable que lleva adelante el área de psicología en favor del restablecimiento psicológico y social (tratamiento psicológico y social) de las internas de dicho centro carcelario.

Como bien señala Soria, M. A. y González, A. B. (2006), de las funciones que realiza el psicólogo penitenciario las más importantes son la “evaluación y el tratamiento” (p. 232). Bajo la primera función, este trabajo plantea la evaluación de los síndromes clínicos (DSM-5), que se ha llevado a cabo a partir del modelo de evaluación del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III) construido por Millon, T., Davis, R. y Millon, C.; adaptado al español por Cardenal Hernández, V. y Sánchez López, M.^a P. (2007), donde los síndromes clínicos (DSM-5) están subdivididos según su gravedad clínica en dos secciones o grupos 1) Síndromes clínicos moderadamente graves y 2) Síndromes clínicos graves. A su vez los síndromes clínicos se analizarán en relación o correlación con las conductas delictivas (violentas y no-violentas) (tipificados en el Código Penal Ley N° 1768, 1997).

Este diagnóstico de los síndromes clínicos tiene la finalidad de apoyar en el tratamiento psicológico penitenciario. Porque todo o tipo de tratamiento se realiza en base a un determinado diagnóstico. Entonces la evaluación-diagnóstico de los síndromes clínicos coadyuva en la perspectiva de orientar el tipo de programa de tratamiento psicológico, si será individual o de grupo, el método a emplear, si se efectuara en interconsulta con el área médica, social u otros. Así mismo, esta información psicológica clínica es complementaria a la “clasificación penitenciaria” del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz, el cual, en Bolivia está determinada en el Artículo 157 (Sistema Progresivo), 158 (Clasificación), 159 (Criterios de Clasificación) y 160 (Entrevistas), como también hace referencia a los tipos o periodos de clasificación en el sistema progresivo en sus artículos subsecuentes del Título VI Sistema Progresivo, Capítulo II Periodos del Sistema Progresivo de la Ley N° 2298 de Ejecución Penal y Supervisión (2001).

También, este trabajo tiene la finalidad de reducir el riesgo de reincidencia en la comisión de nuevos o los mismos delitos posteriores a su excarcelación (tanto de los delitos violentos y no-violentos) de las mujeres privadas de libertad de dicho centro carcelario, porque a partir de la evaluación y diagnóstico realizado de los síndromes clínicos, la descripción del tipo o tipos de delitos cometidos, la descripción de las características sociodemográficas y delictivas, en cierta medida ayuda a conocer la probabilidad o posibilidad de reincidencia de las mismas, ya que esta información psicológica clínica, delictual y social es complementaria al perfil criminal de las mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz.

Por lo tanto, este y otros estudios en el ámbito penitenciario sin duda y de alguna manera coadyuvan al trabajo que actualmente se está realizando en todo el sistema penitenciario de Bolivia con el objetivo fundamental de reducir la inseguridad penitenciaria, la inseguridad ciudadana y la delincuencia. Mediante la evaluación, diagnóstico y tratamiento de todo/a privado/a de libertad que está recluido/a por orden de la autoridad judicial competente acusado/a (Preventivo/a) o condenado/a (Con sentencia ejecutoriada) por la comisión de uno o varios delitos, que están determinados en el Código Penal Ley N° 1768 (1997).

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ESTRUCTURA DE ORGANIZACIÓN DEL DSM-5

La quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) es el producto de un arduo y sacrificado trabajo de cientos de personas con un objetivo común a lo largo de 12 años consecutivos. El DSM-5 ha evolucionado o transitado a un sistema no axial de los diagnósticos (antes Ejes I, II y III) con notaciones separadas para los importantes factores contextuales y psicosociales (antes Eje IV) y la discapacidad (antes Eje V). Esta revisión es coherente con el texto del DSM-IV, que afirma: “La distinción multiaxial entre los trastornos de los Ejes I, II y III no implica que haya diferencias fundamentales en su conceptualización, que los trastornos mentales no estén relacionados con factores o procesos biológicos o físicos, ni que las afecciones médicas generales no estén relacionadas con factores o procesos psicosociales o conductuales”. En el DSM-5, el Eje III se ha combinado con los Ejes I y II. Los clínicos deberán seguir recopilando las enfermedades orgánicas que son importantes para entender o tratar los trastornos mentales del individuo (Asociación Americana de Psiquiatría, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 16).

Es así que, el DSM-5 con un nuevo enfoque distinto al DSM-IV (modelo multiaxial) tanto para la evaluación como para el diagnóstico clínico de los trastornos mentales está estructurada u organizada en secciones: Sección I, aquí se describen y explican los “Conceptos básicos del DSM-5”; Sección II, “Criterios y códigos diagnósticos”, en este apartado están clasificados todos los trastornos mentales, que oficialmente están reconocidos o sustentados científicamente tanto por clínicos como por los investigadores; Sección III, “Medidas y modelos emergentes”, finalmente en este último apartado del DSM-5 se encuentran aquellas afecciones o problemas de atención clínica que aún no gozan suficientemente con el soporte o sustento científico, y aun están en proceso de estudio para su clasificación oficial entre los trastornos mentales ya consolidados al presente en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5).

El DSM-5 se ha diseñado para satisfacer mejor la necesidad que tienen clínicos, pacientes, familias e investigadores de contar con una descripción clara y concisa de cada trastorno mental, organizada

por criterios diagnósticos explícitos y complementada, cuando sea conveniente, con medidas dimensionales que crucen los límites diagnósticos, un breve resumen del diagnóstico, los factores de riesgo, las características asociadas, los avances de la investigación y las diversas manifestaciones (Asociación Americana de Psiquiatría, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5), 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 5).

El uso de los criterios del DSM tiene la clara virtud de crear un lenguaje común con el que los clínicos puedan transmitirse unos a otros los diagnósticos de los trastornos. Los criterios y trastornos oficiales cuya aplicabilidad clínica se determinó como aceptada se sitúan en la Sección II del manual. Sin embargo, debe observarse que estos criterios diagnósticos y sus relaciones dentro de la clasificación, se basan en los conocimientos actuales y podrían tener que modificarse al aportar las futuras investigaciones nuevos datos, tanto dentro de cada conjunto de trastornos propuestos como entre ellos. Las “afecciones a continuar estudiando” que se describen en la Sección III son aquellas para las que, según hemos determinado, no existen aún datos científicos que avalen un uso clínico generalizado. Estos criterios diagnósticos se incluyen para destacar la evolución y dirección de los avances científicos en estas áreas con el fin de estimular nuevas investigaciones (Asociación Americana de Psiquiatría, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5), 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 11).

La reagrupación de los trastornos mentales en el DSM-5 pretende permitir que la investigación futura mejore los conocimientos sobre los orígenes de las enfermedades y los aspectos fisiopatológicos comunes a varios trastornos, y crear una base para la replicación futura en la que los datos puedan volver a analizarse con el tiempo para evaluar continuamente su validez. Las constantes revisiones del DSM-5 lo convertirán en un “documento viviente” y adaptable a los descubrimientos futuros de la neurobiología, la genética y la epidemiología (Asociación Americana de Psiquiatría, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5), 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 13).

Ahora bien, los síndromes clínicos (DSM-5) estudiados en el presente trabajo se encuentran clasificados en los distintos apartados de la Sección II “Criterios y códigos diagnósticos” de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5).

2.2. SÍNDROMES CLÍNICOS (DSM-5)

Los síndromes clínicos tienden a ser estados relativamente breves o transitorios, aumentando y disminuyendo en el tiempo en función del impacto de las situaciones estresantes. La mayoría de los síndromes clínicos descritos para este estudio son de tipo reactivo, es decir, de menor duración. Representan comúnmente estados en los que un proceso patológico activo se manifiesta claramente (Millon, T., 2004, p. 37).

Así mismo, informar, que en el presente proyecto de investigación científica los síndromes clínicos (DSM-5) se sustenta o soporta de acuerdo al modelo de evaluación planteado en el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III) construido por Millon, T., Davis, R. y Millon, C.; adaptado al español por Cardenal Hernández, V. y Sánchez López, M.^a P. (2007). Donde los síndromes clínicos están subdivididos según su gravedad clínica en dos grupos, 1) Síndromes clínicos moderadamente graves (Trastorno de ansiedad (escala A), Trastorno somatomorfo (escala H), Trastorno bipolar (escala N), Trastorno distímico (escala D), Dependencia del alcohol (escala B), Dependencia de sustancias (escala T) y Trastorno de estrés postraumático (escala R)) y 2) Síndromes clínicos graves (Trastorno del pensamiento (escala SS), Depresión mayor (escala CC) y Trastorno delirante (escala PP)).

2.2.1. TRASTORNO DE ANSIEDAD (ESCALA A)

Un paciente ansioso a menudo informa tanto de sentimientos vagamente aprensivos como específicamente fóbicos, esta típicamente tenso, indeciso e inquieto, tiende a quejarse de varios tipos de molestias físicas, como una sensación de tensión, excesiva transpiración, dolores musculares poco definidos y náuseas. La revisión de las respuestas del paciente puede ayudar a determinar si es principalmente fóbico y, más específicamente, si la fobia es de tipo simple o social. Sin embargo, la mayoría de los pacientes ansiosos presentan un estado generalizado de tensión que se manifiesta por la incapacidad de relajarse, movimientos nerviosos y la tendencia a reaccionar y a sobresaltarse fácilmente. También es característico el malestar somático, como por ejemplo, las manos frías y húmedas o molestias estomacales. Además, son notables la preocupación y la sensación aprensiva de que los problemas son inminentes, una hipervigilancia del propio ambiente, nerviosismo y una susceptibilidad generalizada (Millon, T., Davis, R. y Millon, C., 2004, p. 45).

2.2.2. TRASTORNO SOMATOMORFO (ESCALA H)

Los pacientes con puntuaciones altas en la escala *somatomorfa* expresan sus dificultades psicológicas mediante los canales somáticos, periodos persistentes de cansancio y debilidad y preocupación por su falta de salud y una variedad de dolores dramáticos, pero en gran medida inespecíficos, en diferentes e inconexas partes del cuerpo. Algunos pacientes tienen un trastorno primario de somatización que se caracteriza por quejas somáticas recurrentes y múltiples, presentadas a menudo de una forma dramática, vaga o exagerada. Otros tienen una historia que puede interpretarse como hipocondriaca: interpretan molestias o sensaciones físicas menores como señales de una dolencia grave. Si, de hecho, existen enfermedades, tienden a sobrevalorarlas a pesar de los intentos por parte de los médicos de tranquilizarles. Normalmente, las quejas somáticas se emplean para llamar la atención (Millon, T., Davis, R. y Millon, C., 2004, pp. 45 - 46).

2.2.3. TRASTORNO BIPOLAR (ESCALA N)

Los pacientes bipolares presentan periodos de euforia superficial, una elevada autoestima, un exceso de actividad nerviosa y facilidad para distraerse, discurso rápido, impulsividad e irritabilidad. También son evidentes un entusiasmo poco selectivo, planificación excesiva para objetivos poco realistas, una cualidad intrusiva, cuando no dominante y exigente, en sus relaciones interpersonales, una necesidad reducida de sueño y fuga de ideas, así como cambios de humor, rápidos y lábiles. Puntuaciones muy altas pueden significar procesos psicóticos, incluyendo delirios y alucinaciones (Millon, T., Davis, R. y Millon, C., 2004, p. 46).

2.2.4. TRASTORNO DISTÍMICO (ESCALA D)

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

específicas a los ítems que contribuyen a la alta puntuación del paciente en la escala D debería permitir al clínico discernir los rasgos particulares del ánimo distímico (por ejemplo, baja autoestima o desesperanza) (Millon, T., Davis, R. y Millon, C., 2004, p. 46).

2.2.5. DEPENDENCIA DEL ALCOHOL (ESCALA B)

Un paciente con una puntuación alta en la escala de Dependencia del alcohol probablemente tiene una historia de alcoholismo, ha tratado de superar el problema con poco éxito y, como consecuencia, experimenta considerable malestar en la familia y en el trabajo. Lo que tiene de valor en esta escala y en la siguiente (Dependencia de sustancias) es la oportunidad de considerar el problema en el contexto del estilo global de funcionamiento y afrontamiento del paciente (Millon, T., Davis, R. y Millon, C., 2004, p. 46).

2.2.6. DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (ESCALA T)

Una puntuación alta en Dependencia de sustancias indica que el paciente probablemente tiene una historia recurrente o reciente de abuso de drogas, habitualmente le cuesta mucho reprimir sus impulsos para mantenerlos dentro de unos límites sociales convencionales y es incapaz de manejar las consecuencias personales de este comportamiento (Millon, T., Davis, R. y Millon, C., 2004, p. 46).

2.2.7. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (ESCALA R)

Los pacientes con puntuaciones altas en esta escala han experimentado un suceso que implicaba una amenaza para su vida y reaccionaron ante ello con miedo intenso o sentimientos de indefensión. Las persistentes imágenes y emociones asociadas con el trauma llevan a recuerdos y pesadillas que reactivan los sentimientos generados por el suceso original. Los síntomas de activación ansiosa (por ejemplo, respuestas exageradas de sobresalto e hipervigilancia) persisten y los pacientes se esfuerzan en evitar las circunstancias asociadas con el trauma (Millon, T., Davis, R. y Millon, C., 2004, p. 47).

2.2.8. TRASTORNO DEL PENSAMIENTO (ESCALA SS)

Dependiendo de la duración y el transcurso del problema, los pacientes con puntuaciones elevadas en esta escala normalmente se clasifican como “esquizofrénicos”, “esquizofreniformes” como

padeciendo una “breve psicosis reactiva”. Periódicamente pueden mostrar conductas incongruentes, desorganizadas o regresivas, a menudo parecen confusos y desorientados y ocasionalmente exhiben efecto inapropiado, alucinaciones dispersas y delirios no sistemáticos. El pensamiento puede estar fragmentado o ser extraño. Los sentimientos pueden estar embotados, puede haber un penetrante sentido de ser incomprendido y aislado por los demás. También son notables las conductas retraídas, solitarias y secretas (Millon, T., Davis, R. y Millon, C., 2004, p. 47).

2.2.9. DEPRESIÓN MAYOR (ESCALA CC)

Los pacientes con altas puntuaciones en esta escala normalmente son incapaces de funcionar en un ambiente normal, están severamente deprimidos y expresan pavor ante el futuro, ideación suicida y un sentimiento de resignación desesperanzado. Algunos exhiben un marcado retardo motor, mientras que otros se muestran muy agitados, deambulando incesantemente y lamentándose de su triste estado. Durante estos periodos a menudo ocurren algunos problemas somáticos tales como falta notable de apetito, cansancio, pérdidas o ganancias de peso, insomnio y despertar precoz. Los problemas de concentración son comunes, así como los sentimientos de poca validez y de culpa. Los miedos repetitivos y las cavilaciones se observan con frecuencia. Dependiendo del estilo de personalidad subyacente, puede haber un patrón tímido, introvertido y solitario caracterizado por inmovilidad torpe o un tono irritable, quejoso y lastimero (Millon, T., Davis, R. y Millon, C., 2004, p. 47).

2.2.10. TRASTORNO DELIRANTE (ESCALA PP)

Los pacientes con trastorno delirante frecuentemente se consideran paranoides agudos y puede volverse periódicamente beligerantes, expresando delirios irracionales, pero interconectados, de una naturaleza celosa, persecutoria o grandiosa. Dependiendo de la constelación de otros síndromes concurrentes, puede haber claros signos de trastorno de pensamiento e ideas de referencia. Los estados de ánimo son habitualmente hostiles y expresan sentimientos de ser acosados y maltratados. Factores concomitantes son un tenso trasfondo de suspicacia, vigilancia y alerta ante una posible traición (Millon, T., Davis, R. y Millon, C., 2004, p. 47).

2.3. ANTECEDENTES DE LA PSICOLOGÍA JURÍDICA, FORENSE Y PENITENCIARIA

Parece un clásico hablar de *psicología jurídica* y en realidad estamos hablando de una especialidad de la psicología reciente de no más de 25 o 30 años. En España hay antecedentes históricos que están citados en adelante, sin embargo, la realidad es que hablar con continuidad de *psicología jurídica* solo lo podemos hacer desde los años ochenta (Romero, J. F., 2002, p. 299).

Hablar de *psicología penitenciaria* es hablar de una de las parcelas importantes de la *psicología jurídica*, ya no es cuestión de 25 o 30 años, sino que nos podemos remontar un poco más allá. Las prisiones son clásicas consustanciales con la historia del hombre. Ya los romanos podían castigar a sus esclavos reteniéndolos en los calabozos o celdas que disponían en los sótanos de sus casas, es verdad que las prisiones fundamentalmente han sido de carácter preventivo y han servido para poner a disposición de los jueces a las personas procesadas, el carácter de pena que se le adjudica a la privación de libertad ha sido posterior, pero las privaciones de libertad son consustanciales con la historia del hombre (Romero, J. F., 2002, p. 299).

La *psicología penitenciaria* en España ha sido una de las que ha abierto mayores campos a la propia *psicología jurídica* y es un privilegio que debemos reconocer a los psicólogos penitenciarios, que han abierto y consolidado esta especialidad en el mundo de las cárceles españolas y en áreas que se han convertido después en clásicas de la *psicología jurídica*. Los primeros peritajes forenses procedían de aquellos psicólogos penitenciarios que eran reclamados por los jueces, fiscales o tribunales para emitir informe de alguno de los presos el día de la visita oral. Son peritajes forenses en el más estricto sentido del término y que más tarde han sido resueltos por los psicólogos forenses, contratados específicamente al efecto y por los Turnos de Orden de los Colegios Profesionales de Psicólogos y por otros especialistas de redes públicas o privadas que han sido reclamados para dicha función (Romero, J. F., 2002, p. 299).

El *psicólogo penitenciario* en España viene trabajando con reconocimiento legal desde su creación en 1970, esto implica que después de 32 años de reconocimiento oficial tenía que servir para abrir nuevos campos de la psicología forense, uno de los más importantes ha sido el peritaje en derecho penal, se han realizado peritajes de testimonios cuando prácticamente eran inexistentes y desde luego lo que realmente han hecho ha sido aplicar a la psicología penitenciaria con las técnicas psicológicas que han permitido conseguir unas prisiones adecuadas a la realidad social de España.

La figura del psicólogo penitenciario ha sido tan importante que ya no es discutida en ningún foro donde se trabaje con privación de libertad porque en ese contexto el personal de la psicología es imprescindible (Romero, J. F., 2002, pp. 299 - 300).

Es así que, hablar de *psicología penitenciaria* y no hacer una breve historia, aunque sea a modo de pinceladas, no sería justo, así pues hay que recordar las grandes revoluciones ideológicas en el mundo penitenciario del siglo XVIII encabezadas por el Marqués de Beccaria, Lombroso, Garófalo, Ferri, estos últimos ya del siglo XIX que, pusieron de manifiesto la situación injusta, inadecuada e ilegal de las prisiones del momento. El siglo XVIII desde el punto de vista legal y también penitenciario pone de manifiesto el ya famoso y consolidado principio de legalidad, ese principio va también a implantarse en las prisiones, que deben servir para cumplir una pena intrínseca de la ley pero no penas añadidas, incluso de muerte por deficiencias sanitarias muy graves o por provocación de locura, intoxicaciones, fiebres carcelarias, estas situaciones traumáticas fueron recogidas en el ya célebre libro de Howard *del estado de las prisiones* (1876) (Romero, J. F., 2002, p. 300).

Podríamos considerar al italiano Lombroso como el primer científico preocupado en explicar teorías que nos hagan entender el comportamiento del delincuente, ahí quedara la siempre citada “teoría del delincuente nato”, donde se supone que una anacronía en el desarrollo psicofísico y moral produce esa predisposición a ser delincuente que las personas “normales” no lo tienen. Es verdad que el modelo de Lombroso en el fondo es un modelo médico donde se pretende descubrir aquellas variables que explicarían por que se produce un delincuente y una vez conocidas poder tratarlas (Romero, J. F., 2002, p. 300).

La teoría de Lombroso ha sido importante por la filosofía que le impregna, es decir, hay que entender por qué funciona bien o mal una persona, por qué puede ser o no agresiva o por que puede ser delincuente o no y entonces tratarla. Esta actitud es la que ha empujado todo el desarrollo de los siglos XVIII, XIX y XX y lo será del XXI, para poder explicar los modelos de agresión y delincuencia que las sociedades modernas padecemos (Romero, J. F., 2002, p. 300).

Paradigmas después de Lombroso ha habido muchos, sigue habiéndolos, lo cual demuestra que la delincuencia es un fenómeno dinámico; no podemos esperar que los delincuentes y los fenómenos delictivos y la psicología de delincuentes de cada momento sea siempre la misma, cada proceso,

cada evolución social, cada desarrollo tecnológico implica nuevas formas de delincuencia, nuevas formas de adaptarse, por tanto una de las características que conviene no olvidar es que la delincuencia es un proceso en constante cambio y de hecho uno puede comprobar que no se parece en nada la delincuencia de unos países a otros sobre todo cuando las diferencias de desarrollo de dichos países es alta; así pues entre la delincuencia de Europa que tiene un cierto parecido porque las variables sociales y económicas se parecen, la delincuencia que se genera en algunos países latinoamericanos no tiene nada que ver, ni siquiera sus prisiones se parecen. Las variables ideológicas, económicas y sociales de cada país determinan un tipo de marginación y un tipo de delincuencia y, por tanto hay que estar atentos para adaptar a cada situación las medidas que realmente sean necesarias (Romero, J. F., 2002, p. 300).

Siguiendo con estos grandes teóricos mencionados, si Lombroso fue el creador de alguna manera del paradigma biológico de la delincuencia o delincuente; la psicología y el psicoanálisis del siglo XIX y principios del XX se encargaron de poner de manifiesto las características psicológicas a la hora de explicar la delincuencia, de manera que si bien orgánicamente no se pueden explicar más del 4 o 5% de los casos de delincuencia, con el componente psicológico podemos ampliar de una manera generosa. Las teorías psicológicas han abierto grandes expectativas y grandes aportaciones al mundo de la delincuencia, de lo penitenciario; sin duda los psicólogos hemos sido capaces de aportar soluciones a problemas que parecían irreversibles y sobre todo amenazantes e incontrolables. A lo largo del siglo XX las escuelas sociológicas aportaron el resto de explicaciones de carácter social, estadístico y supranacional de fenómenos que ayudan, favorecen o propician la delincuencia (Romero, J. F., 2002, pp. 300 - 301).

Con estos tres grandes enfoques, el organicista, el sociológico y el psicológico es como se está trabajando en los últimos años a la hora de enfrentarse al mundo penitenciario, nosotros los psicólogos lo que conocemos mejor son las variables psicológicas, y desde ellas estamos abordando la intervención en el mundo penitenciario (Romero, J. F., 2002, p. 301).

Algunas de las teorías que se han ido aportando desde la psicología penitenciaria durante todo el siglo XX; ahí están la asociación diferencial de Sutherland que se inicia en 1939, la teoría psicoanalítica de Freud ya ha dado sus primeros modelos consistentes en 1923, Eysenck escribe un clásico de la *psicología penitenciaria* en la década de los setenta con *delincuencia y personalidad*, que ha sido punto de referencia para todos los psicólogos del ámbito, a esto hay que añadir las

teorías de Labelling (Etiquetado) de Lemert. Desde los años sesenta en adelante hay que destacar las aportaciones de criminólogos-psicólogos como Pinatel en 1965, con sus cuatro famosas variables que explican la delincuencia, también la teoría con su ya también clásica de aspiración frustrada de Catalano 1979. Los modelos mixtos de carácter sociológico, como el propio Jeffery, han ido aportando visiones distintas sobre las teorías explicativas de la delincuencia. Estas teorías pueden encontrarse en multitud de textos y bibliografía sobre delincuentes y violencia, tanto de autores extranjeros como de autores españoles, pero el siglo XX si ha servido para poner de manifiesto que el fenómeno de la delincuencia es complejo, es multicausal y que ninguna teoría va a explicar en su conjunto todo el fenómeno de la delincuencia y muchísimo menos va a explicar todos los procesos tratamentales que se puedan aplicar para recuperar a dichos delincuentes (Romero, J. F., 2002, p. 301).

2.4. REALMENTE QUE ES EL DELITO

Desde una aproximación psicosociológica y crítica del delito, y partiendo de la premisa de que este es un constructo social. ¿Qué es realmente un delito, qué es la delincuencia y quién es el delincuente? Sobre todo, ¿quién define, y con qué criterios, lo que es y lo que no es delito y, por tanto, quién es y quién no es delincuente? Sin delito no hay delincuentes ni criminales, y estos términos no pueden entenderse sin tener presente el concepto de normalidad. Y no se debe olvidar que, como escribe Zymunt Bauman (2003), “la esencia del poder consiste en el derecho a definir”. De ahí el enorme poder que tienen los psicólogos y psiquiatras en el campo de la normalidad/anormalidad psicológica –y por tanto también en el de la criminología- y el aún mayor que poseen los juristas en los ámbitos de su competencia (Ovejero, A., 2009, pp. 208 - 209).

Pero ¿qué se entiende realmente por delito? Como es bien conocido, la criminología es el estudio de la delincuencia y también, por extensión, también de los delitos y de los delincuentes. Y la delincuencia no es sino la infracción de una norma penal. Por consiguiente, no puede haber en absoluto una definición material de lo que es un delito, pues este, al depender del Código Penal, cambia con el tiempo y con el contexto, es decir, depende de la cultura o sociedad en que nos situemos y del momento histórico en que nos encontremos. Se trata, por tanto, de un constructo social e histórico. No toda infracción de una norma penal es definida como delito ni toda persona que vulnera una norma penal es etiquetada como delincuente. En consecuencia, como dice el *Diccionario de Sociología* de Giner et al. (p. 177), para que exista delincuencia se requiere que se

produzca una reacción social negativa que identifique, interprete y catalogue este comportamiento como delito. Delito y delincuente, pues, no son algo que exista objetivamente sino que su existencia es una “existencia social”, son constructos sociales y somos nosotros mismos quienes lo construimos. Quien define que es y que no es un delito es quien detenta el poder, a través fundamentalmente del Código Penal, pero también a través de las concepciones psicológicas imperantes sobre lo que es la normalidad y la anormalidad (Ovejero, A., 2009, p. 209).

De lo anterior se deduce fácilmente que el campo del delito esta total y continuamente atravesado por aspectos ideológicos (ideología política, ideología o filosofía científica, ideología moral y otros), por intereses personales, de grupo y otros (Ovejero, A., 2009, p. 209).

Por consiguiente, no hay que confundir delito con violencia, ni violencia con agresividad. Por una parte, el delito es algo que depende esencialmente del código penal: una misma conducta será delito en un país, no lo será en otro, e incluso puede ser algo socialmente elogiable en un tercero, en función del código penal existente en cada uno de ellos, lo que, a su vez, suele estar relacionado con las costumbres y la cultura de ese país. Por otra parte, la agresividad tiene un origen claramente biológico, mientras que la violencia posee un origen eminentemente cultural-social (Ovejero, A., 2009, p. 210).

2.5. FUNCIONES DEL PSICÓLOGO PENITENCIARIO

Las funciones que desarrolla dentro del ámbito penitenciario el psicólogo penitenciario son muchas y diversas. No hay que olvidar que el lugar de trabajo de estos es una institución donde las personas pasan las 24 horas del día, ello requiere la realización de múltiples actividades, el trabajo diario con los reclusos, y, en cierta medida como indica Romero (2002), citado en Soria, M. A. y González, A. B. (2006) el psicólogo penitenciario adquiere diversas especialidades del tipo psicológico para poder llevar a cabo su trabajo (p. 232).

En determinadas situaciones es necesario tocar el campo de la psicología escolar o educativa, para ello debe realizar tareas de educación y formación con los internos, a la vez que se debe preocupar por los momentos de ocio de los reclusos. Dentro de la psicología del trabajo y las organizaciones puede asignar los puestos de trabajo adecuados para cada individuo, así como la selección del personal adecuado dentro del centro penitenciario (profesores, alumnos y otros) (Soria, M. A. y González, A. B., 2006, p. 232).

Se desempeña también de psicólogo deportivo, pues el cuidado físico es un tema de especial interés dentro de un centro privativo de libertad, ya que a través del deporte se fomentan relaciones de amistad, compañerismo y, sobre todo, el ejercicio físico proporciona salud y bienestar (Soria, M. A. y González, A. B., 2006, p. 232).

Por último se debe ejercer, como psicólogos clínicos, ya que muchos de los internos padecen trastornos clínicos como fobias, ansiedad, depresión y gran cantidad de trastornos psicopatológicos (Soria, M. A. y González, A. B., 2006, p. 232).

Según Sancha y García (1985), citados en Soria, M. A. y González, A. B. (2006) señalan que, dentro de los campos de actuación de un psicólogo penitenciario, todos aquellos que tengan una relación directa con la psicología aplicada. El diagnóstico y clasificación penitenciaria, informes a juzgados y audiencia, elaboración y ejecución de programas de tratamiento, intervención en las áreas educativas y funciones de dirección e inspección de los establecimientos penitenciarios resultan parte imprescindible en el trabajo diario (p. 232).

Sin embargo, a pesar de llevar a cabo todas estas funciones y en realidad estar presente prácticamente en todo el proceso de institucionalización que un recluso conlleva, la función más importante que realiza el psicólogo es la “evaluación y tratamiento” (Soria, M. A. y González, A. B., 2006, p. 232).

Para lo cual se debe tener en cuenta cuatro directrices fundamentales en la intervención psicológica en prisiones:

1. Respecto a los derechos constitucionales, legales y reglamentarios del recluso.
2. Individualización de la intervención, según las características personales y situacionales de cada interno.
3. La propia especialización profesional de cada psicólogo.
4. Seguir las líneas generales de actuación señaladas por Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

Actualmente en Bolivia las funciones que debe desarrollar el psicólogo penitenciario están descritas en la Ley N° 2298 de Ejecución Penal y Supervisión (2001), en el Título III

Establecimientos Penitenciarios, Capitulo II Servicios Penitenciarios, Articulo 97 (Asistencia Psicológica), en el cual, se señala lo siguiente.

En cada establecimiento penitenciario funcionara un servicio de asistencia psicológica encargado de:

1. Otorgar tratamiento psicoterapéutico a los internos;
2. Otorgar apoyo psicológico a las personas que determine el Consejo Penitenciario;
3. Otorgar apoyo psicológico a los internos que acudan voluntariamente;
4. Organizar grupos de terapia para los internos;
5. Organizar grupos de terapia especializada para menores de edad imputables;
6. Elaborar programas de prevención y tratamiento para los drogodependientes y alcohólicos;
7. Elaborar los informes psicológicos que les sean requeridos; y,
8. Otras que establezca el reglamento.
9. El servicio de asistencia psicológica estará a cargo de funcionarios públicos dependientes administrativamente del Ministerio de Salud y Previsión Social y funcionalmente de la administración penitenciaria.

2.6. EL INGRESO A UN CENTRO PENITENCIARIO

En la primera entrevista hay que tener en cuenta la situación del ingreso, por qué motivo ha ingresado, si es preventivo, si es penado, si tiene expectativas en caso de ser preventivo de conseguir o no la libertad provisional, si es penado ver si la condena va a ser larga o corta, si es la primera vez o no que entra en el centro penitenciario, si es adicto o no lo es, en ese caso si está en tratamiento en el exterior de metadona-naltrexona o algún otro tipo de intervención, si ha entrado con síndrome de abstinencia. Es decir, que este diagnóstico y evaluación en el momento del ingreso son peculiares y distintos de un interno que lleva un tiempo en la prisión y que se van a decidir otros aspectos. En el caso del ingreso lo más indicado es emplear la entrevista psicológica (estructurada, semiestructurada o abierta), porque en estos primeros días dada la angustia del ingreso en prisión intentar aplicar test complejos es poco operativo, no están en condiciones emocionales ni de tranquilidad como para poder enfrentarse a test diagnósticos, estos serán más interesantes en las próximas semanas cuando la persona este adaptada a su entorno y a su situación (Romero, J. F., 2002, p. 308).

En ese ingreso se pueden haber detectado trastornos de cualquier tipo, es el momento de ver si hay que empezar a tratarlos o emplazarlos para los próximos días o semanas. A su vez en estas primeras sesiones los datos de información sobre su situación jurídico penal o delictiva serán interesantes para ayudar a la persona a aceptar o asimilar su situación penitenciaria (Romero, J. F., 2002, p. 308).

2.7. LA CLASIFICACIÓN PENITENCIARIA

La clasificación penitenciaria, como el reglamento penitenciario dice, puede ser de primero, de segundo de tercer grado, dependiendo de las variables criminológicas, delictivas y de personalidad. En este caso estamos hablando de un diagnóstico estrictamente técnico para un acto penitenciario importante que determinara su futuro tratamiento y, por tanto ahí si tiene sentido haber diagnosticado las variables delictivas de personalidad que influyen en el sujeto, para con ello emitir una opinión técnica de cuál es la situación penitenciaria más acorde a ese tipo de variables. Este tipo de informe se desarrolla con el mismo esquema que el de los ámbitos forenses o penitenciarios (Romero, J. F., 2002, p. 308).

2.7.1. LA CLASIFICACIÓN PENITENCIARIA EN BOLIVIA (LEY N° 2298 DE EJECUCIÓN PENAL Y SUPERVISIÓN, 2001)

En Bolivia la “clasificación penitenciaria” está regida en la Ley N° 2298 de Ejecución Penal y Supervisión (2001), en el Título VI Sistema Progresivo, Capítulo I Disposiciones Generales, en sus artículos más importantes para la clasificación penitenciaria indica:

Artículo 157 (Sistema Progresivo). Las penas privativas de libertad se ejecutaran mediante el sistema progresivo, consistente en el avance gradual en los distintos periodos de tratamiento, basados en la responsabilidad y aptitudes del condenado en los regímenes de disciplina, trabajo y estudio.

El sistema progresivo comprende los siguientes periodos:

1. De observación y clasificación iniciales;
2. De readaptación social en un ambiente de confianza;
3. De prueba; y,
4. De libertad condicional.

Para el cumplimiento de los periodos del sistema progresivo, se limitara a lo estrictamente necesario la permanencia del condenado en establecimientos de régimen cerrado.

Artículo 158 (Clasificación). El Consejo Penitenciario evaluara semestralmente al condenado, a objeto de determinar su clasificación en el sistema progresivo así como de ratificar o modificar el régimen de cumplimiento de su condena.

Artículo 159 (Criterios de Clasificación). El Consejo Penitenciario se regirá por criterios objetivos de calificación tomando como referencia mínima los siguientes aspectos:

1. Los antecedentes personales y criminales;
2. La formación y el desempeño laboral;
3. Cumplimiento de las normas reglamentarias que rigen el orden, la disciplina y la convivencia en el establecimiento y durante las salidas;
4. La convivencia con los otros internos;
5. Cumplimiento de las normas propias de la actividad laboral o educativa que desempeña;
6. Iniciativas personales para la preparación a la vida en libertad; y,
7. Participación y actitudes en las actividades recreativas, culturales y deportivas.

Adicionalmente, cuando el condenado sea miembro de una comunidad indígena o campesina, a momento de la clasificación, se considerara la opinión de la autoridad originaria de la comunidad a la que pertenece, con el objeto de que la ejecución de la condena cumpla más eficazmente las finalidades de la pena y respete la identidad cultural del condenado.

La tabla de calificación será puesta en conocimiento del condenado, quien recibirá una copia de la misma al momento de su ingreso al establecimiento penitenciario.

Artículo 160 (Entrevistas). Para la clasificación, el Consejo Penitenciario entrevistara y escuchara al condenado, practicara las consultas que estime necesarias y solicitara informes a cualquier miembro del personal penitenciario.

El condenado podrá pedir la presencia de un tercero en las entrevistas realizadas por el Consejo Penitenciario.

Así mismo, en el Título VI Sistema Progresivo, Capítulo II Periodos del Sistema Progresivo, y en sus artículos subsecuentes hace referencia a los tipos o periodos de clasificación en el sistema progresivo, los cuales son los siguientes:

1. Periodo de observación y clasificación iniciales (Artículo 164)
2. Periodo de readaptación social en un ambiente de confianza (Artículo 165)
3. Periodo de prueba (Artículo 166)
4. Salidas prolongadas (Artículo 167)
5. Extramuro (Artículo 169)
6. Libertad condicional (Artículo 174)

2.8. LOS PRONÓSTICOS DE LOS PRIVADOS DE LIBERTAD

Estos diagnósticos de evaluación se contemplan como pronósticos futuros o de reincidencia en el delito o de adaptación sociofamiliar en el caso de emitir informes hacia el exterior, o bien de régimen abierto o de libertad condicional. Es verdad que además del diagnóstico anterior de la clasificación vamos a contar ahora con todos los datos cotidianos y diarios de la evolución de su condena que nos permiten constatar cual está siendo la evolución de su tratamiento, en el que el interno ha sido involucrado desde el principio. En este caso los informes además de reflejar las variables psicológicas del penado van a hacer hincapié en pronósticos de comportamiento futuro que son muy importantes para decidir si el régimen de semilibertad o libertad se debe producir (Romero, J. F., 2002, pp. 308 - 309).

Estos mismos pronósticos habrán sido emitidos con menor consistencia en el caso de permisos ordinarios (de horas a seis días como máximo), para los primeros contactos del preso con la sociedad. Lógicamente el pronóstico en los permisos es muy importante pero no es definitivo porque se trata de un tiempo corto que se supone que en caso de errores podrán ser corregidos en permisos sucesivos suprimiéndolos temporalmente, condicionándolos o superando las variables negativas (Romero, J. F., 2002, p. 309).

2.9. LA EVALUACIÓN PENITENCIARIA

Según Soria, M. A. y González, A. B. (2006) es importante tomar en cuenta en la realización de la evaluación penitenciaria la concepción psicodiagnóstica, integrando en esta concepción tanto la metodología como los procesos diagnósticos efectuados (p. 233).

Dentro de las variables importantes que se van a evaluar, se debe mostrar una especial atención al análisis de la conducta delictiva de cada caso, como a las variables personales biográficas y sociales teóricamente relevantes en la vida delictiva del interno (Soria, M. A. y González, A. B., 2006, p. 233).

De acuerdo a Soria, M. A. y González, A. B. (2006) una de las ventajas muy importantes con las que cuenta un psicólogo penitenciario cuando está realizando tanto la evaluación como el tratamiento es la posibilidad de emplear y beneficiarse de la observación directa. Todas las conductas de los reclusos serán llevadas a cabo dentro del centro penitenciario y por lo tanto todos estos podrán ser controlados y evaluados en un tiempo real si fuera necesario (p. 233).

El otro tipo de metodología empleado en la evaluación además de la observación directa es el uso de datos documentales, entrevistas con los familiares y con el propio interno, reuniones de grupo y *best*, así como cuestionarios usados según el criterio del psicólogo del establecimiento (Soria, M. A. y González, A. B., 2006, p. 233).

La finalidad de todo proceso de evaluación es:

1. *La clasificación penitenciaria*, con la correspondiente propuesta de grado de cumplimiento de la pena y de destino al establecimiento que corresponda.

La clasificación debe tomar en cuenta no solo la personalidad y el historial individual, familiar, social y delictivo del interno; sino también la duración de la pena y medidas penales en su caso, el medio al que probablemente retornara y los recursos, facilidades y dificultades existentes en cada caso y momento, para el buen éxito del tratamiento.

Según Núñez (1997), citado en Soria, M. A. y González, A. B. (2006), la función evaluativa fundamental del psicólogo penitenciario se centra en la aportación del informe al protocolo

confeccionado para cada interno en el momento de proceder a su clasificación penitenciaria; esto es, en el momento de asignarle su grado o régimen establecido (p. 233).

2. *La programación del tratamiento* más adecuado para cada caso.

3. *La evaluación periódica del tratamiento y la revisión del grado penitenciario.*

4. *El informe* pronóstico final para el otorgamiento de la libertad condicional.

5. *Otros fines* como: informes de personalidad y de conducta solicitados por los Tribunales, Jueces, Fiscales y Juez de Vigilancia.

2.10. EL TRATAMIENTO PENITENCIARIO

Los programas de tratamiento y las intervenciones psicológicas como psiquiátricas que se emplean de acuerdo a la práctica y experiencia profesional en el ámbito penitenciario en España y otros países con resultados adecuados o esperados son los siguientes: a) intervenciones psicológicas/psiquiátricas no conductuales; b) terapia de conducta; c) terapia cognitiva-conductual; d) intervenciones ambientales; e) endurecimiento regimental (Ágreda, M., 2009, pp. 202 – 203 – 204).

2.10.1. EL TRATAMIENTO PENITENCIARIO SEGÚN LA LEY N° 2298 DE EJECUCIÓN PENAL Y SUPERVISIÓN (2001)

El tratamiento penitenciario en Bolivia está determinado en la Ley N° 2298 de Ejecución Penal y Supervisión (2001), en el Título VII Tratamiento Penitenciario, Capítulo I Disposiciones Generales, y está contemplado en los siguientes y en otros artículos de la presente ley:

Artículo 178 (Finalidad). El tratamiento penitenciario tendrá como finalidad la readaptación social del condenado, a través de un programa progresivo, individualizado y de grupo, cuyos componentes principales son la psicoterapia, educación, trabajo, actividades culturales, recreativas, deportivas y el fortalecimiento de las relaciones familiares.

El tratamiento penitenciario se realizará respetando la dignidad humana y atendiendo a las circunstancias personales del condenado.

Artículo 179 (Programa de Tratamiento). La individualización y formulación del plan de tratamiento, serán determinadas por el Consejo Penitenciario en coordinación con las juntas de trabajo y educación.

Para el tratamiento grupal, el condenado será clasificado en grupos homogéneos diferenciados.

Artículo 180 (Participación del Condenado). Se fomentará la participación del condenado en la planificación de su tratamiento; sin embargo, el condenado podrá rehusarse, sin que ello tenga consecuencias disciplinarias.

La ejecución del programa de tratamiento será de cumplimiento obligatorio por el condenado.

2.11. LAS CONDUCTAS DELICTIVAS O CRIMINALES

¿Qué es un crimen o delito? Legalmente, se define como la acción o la omisión de actuar en contra de la ley que así lo prohíbe o lo ordena, y para lo cual existe un rango de posibles sanciones tras la sentencia condenatoria. Por lo tanto, el comportamiento criminal es aquella conducta que infringe el código penal. Para que una persona sea sentenciada por un delito, debe haber actuado intencionalmente y sin justificación ni excusa. Por ejemplo, incluso un homicidio intencional debe estar justificado en ciertas circunstancias, como cuando se realiza en defensa de la propia vida. Si bien existe un rango muy estrecho de delitos que no requieren de tentativa criminal para considerarse como tales (los cuales se conocen como delitos de responsabilidad objetiva), la gran mayoría de los delitos van acompañados de esta intención. Evidentemente, esta definición legal abarca una gran variedad de actos, que van desde el asesinato hasta delitos menores (Bartol, C. R. y Bartol, A. M., 2017, p. 1).

2.12. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VIOLENCIA

La violencia es un fenómeno complejo, multicausal, heterogéneo y de consecuencias muy diversas, ha sido difícil de definir. Es así que, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone, que la *violencia* es “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. Según esta definición, es posible identificar más de 30 tipos de violencia, los cuales surgen de combinar la naturaleza de la violencia (física, sexual, psicológica o por abandono o privación) con el agente

causante (autodirigida, interpersonal y colectiva) (Andrés y Redondo, 2004, citados en Godoy, V., Gamboa, C. M. y Dzib, J. P., 2019, pp. 185 - 186). Esta definición conceptual propuesta por la OMS ha sido aceptado de forma amplia entre la comunidad científica dedicada al estudio de la violencia.

Además, con una visión más interpersonal de la conducta violenta, la guía para la valoración del riesgo de comportamientos violentos (HCR-20-V3) retoma la definición del Tribunal Supremo de Canadá, que define la violencia como, “toda conducta real que cause daño físico a otra persona, o el intento o amenaza de causarlo. En la idea de daño físico también se contempla el daño psicológico, por las consecuencias que este trae a la integridad física y salud del individuo” (Tribunal Supremo de Canadá, 1991, citado en Godoy, V., Gamboa, C. M. y Dzib, J. P., 2019, p. 186).

Es muy recomendable e importante sustentar los trabajos clínicos – terapéuticos, los trabajos de investigación científica, las valoraciones forenses, entre otros, sobre la “violencia”, bajo o de acuerdo a las definiciones estipuladas en los diferentes manuales y protocolos disponibles para la valoración de la misma (Godoy, V., Gamboa, C. M. y Dzib, J. P., 2019, p. 186).

2.13. DELINCUENTES O CRIMINALES VIOLENTOS

Weiner y Wolfgang (1989), citado en Echeburúa, E. (1998) han definido la violencia delictiva como “el ejercicio de fuerza física, real o mediante amenaza, legalmente no permitida, de una persona directamente contra una o varias personas, con el propósito de asegurar algún fin contra el deseo o sin el consentimiento de la otra persona o personas” (p. 275). Es así que, la violencia implica acciones directas sobre la víctima, que afectan a su vida, su integridad física o su libertad. Además, posee un elemento distintivo dominante de carácter emocional: la víctima *es compelida* mediante el ejercicio de la fuerza física, la intimidación por un arma o la agresión efectiva, experimentando fuertes sentimientos de *temor e indefensión*. Por ello, desde esta primera perspectiva, nuestro análisis se circunscribe a los delincuentes calificados como “violentos” a aquellos que han ejercido la agresión directa sobre sus víctimas a la hora de cometer un delito (Echeburúa, E., 1998, pp. 275 - 276).

La segunda perspectiva observa a la violencia desde la interacción entre *sociedad y cárceles*. Aquí pueden distinguirse tres acepciones del término violencia o delincuentes violentos. La primera pone

énfasis en el delito o los delitos cometidos. Desde este punto de vista, se considerarían delincuentes violentos, todos aquellos que han realizado acciones delictivas que implican dosis importantes de agresión sobre sus víctimas. Es claro que asesinos, agresores o violadores entrarían a formar parte de este grupo de delincuentes. La segunda acepción haría hincapié, por el contrario, en el ejercicio de la violencia continuada en la interacción delincuente/cárcel. Desde esta perspectiva, serían calificados como delincuentes violentos y peligrosos aquellos encarcelados que se comportan violentamente dentro de las instituciones de custodia, en la interacción con otros internados o con el personal penitenciario. La tercera acepción haría referencia a la violencia pronostica, que tendría elementos comunes de las dos anteriores acepciones de violencia, en términos pronósticos podríamos referirnos como delincuentes violentos a aquellos de quienes cabe esperar nuevas acciones violentas a su vuelta a la sociedad (Echeburúa, E., 1998, p. 276).

Estas *violencias* se solapan, sin duda, en muchas ocasiones, pero no en otras. Existen algunos delincuentes que han hecho un fuerte uso de la violencia en el curso de sus acciones delictivas (por ejemplo, al atracar una oficina bancaria, agrediendo a los empleados) que también serán sujetos violentos y peligrosos durante su encarcelamiento (agrediendo a otros reclusos, fabricando y portando armas blancas dentro de la cárcel, secuestrando a otras personas, etc.). Otros, sin embargo, habrán llevado a cabo acciones delictivas muy violentas (como un asesinato o una violación) pero efectuaran un bajo o nulo ejercicio de la violencia durante el encarcelamiento. Por ello, generalmente, no serán calificados como presos peligrosos (Echeburúa, E., 1998, p. 276).

2.14. VIOLENCIA DELICTIVA

Desde una perspectiva delictiva, puede encontrarse una serie de categorías en las que se agruparían la mayoría de los delincuentes violentos o peligrosos. Más allá de las diferencias entre países, Weiner y Wolfgang (1989), citado en Echeburúa, E. (1998) han concluido que se suelen calificar como delitos violentos, en general, el homicidio no involuntario, la violación y la tentativa de violación, el robo, el asalto, la relación sexual desviada no voluntaria y el secuestro (p. 277).

De acuerdo a Echeburúa, E. (1998) en la legislación penal española los delincuentes violentos corresponderían a las siguientes categorías delictivas (p. 277):

1. Delincuentes contra las personas
2. Delincuentes contra la propiedad: robos con “violencia” o intimidación

3. Delincuentes sexuales: violadores y agresores sexuales
4. Delincuentes “violentos” relacionados con el consumo y tráfico de sustancias tóxicas
5. Delincuentes “violentos” con psicopatologías graves

En la legislación penal española, todos los delincuentes “contra las personas” –en nuestra terminología legal– podrían ser considerados delincuentes violentos. Quienes han matado a otros, no por accidente. Quienes han agredido y causado lesiones a otras personas (Echeburúa, E., 1998, p. 277).

La categoría delictiva de “delitos contra la propiedad” resulta poco discriminativa de violencia. No todos los delincuentes contra la propiedad son delincuentes violentos. Solo aquellos que han ejercido intimidación o violencia grave en la comisión del delito: estos se incluyen dentro del tipo delictivo robos (Echeburúa, E., 1998, pp. 277 - 278).

Tampoco, en la categoría penal de “delitos contra la libertad sexual”, de moderna nomenclatura, permite una discriminación certera de violencia. En esta categoría penal, se indica a los tipos específicos (violación, estupro, etc.) para localizar el ejercicio de la agresión. Así puede haber delitos sexuales nada violentos, como el exhibicionismo, y otros generalmente muy violentos como la violación (Echeburúa, E., 1998, p. 278).

En la actualidad, muchos delitos de diversos tipos (contra las personas, robos, sexuales, etc.) aparecerán relacionados con el “consumo de sustancias tóxicas”, como el alcohol y las drogas. En muchos de ellos, dado el estado de embriaguez o privación tóxica de los sujetos, puede ser ejercida una gran violencia. También en ciertos casos la agresión y la violencia estarán presentes en el tráfico de drogas (Echeburúa, E., 1998, p. 278).

Finalmente, el ejercicio delictivo violento ira asociado en algunos casos a la presencia de psicopatologías graves en los sujetos (Echeburúa, E., 1998, p. 278).

Así mismo, el análisis clínico de diversas muestras de delincuentes violentos ha generado en la literatura anglosajona multiplicidad de taxonomías. Megargee (1991), citado en Echeburúa, E. (1998), uno de los autores más destacados en este ámbito, ha revisado la literatura clínica sobre violencia delictiva, encontrando, en síntesis, seis tipos de agresores (p. 278):

1. Sujetos normales en graves *circunstancias situacionales* (como, por ejemplo, en estado de embriaguez por ingesta de alcohol).
2. Sujetos con *severas patologías* (psicosis funcional u orgánica, trastorno de estrés postraumático, ingesta de sustancias químicas o drogas, etc.).
3. Sujetos con *estilo de vida agresivo*, expuestos a una socialización subcultural en contextos en los que la violencia es “normal”.
4. Sujetos que utilizan la violencia como *medio/instrumento* para fines extrínsecos (como dinero, producir un cambio político, obtener gratificación sexual, fines militares, etc.).
5. Sujetos que padecen crónicas *emociones de cólera, hostilidad u odio*, a las que son inducidos por situaciones de opresión, abuso, frustración, etc.
6. Sujetos con *excesivas inhibiciones y controles*, que una vez rotos les llevan a grandes explosiones de violencia.

2.15. DELITOS NO-VIOLENTOS

Hace referencia en general a la comisión de cualquier tipo de delito, pero que no esté catalogado o estipulado como un delito violento, es decir no refieren a los delitos donde habitualmente se hace uso o se ejerce cierta o hasta una extrema violencia como se da en los delitos de asesinato, homicidio, feminicidio, infanticidio, violencia sexual, lesiones graves o muy graves, robo y robo agravado (en los que se ejerce violencia), entre otros (conductas delictivas o criminales).

2.16. TRASTORNO MENTAL Y VIOLENCIA DELICTIVA

Aunque, los trastornos mentales, dicho de manera general, podrían asociarse con una variedad de delitos, aquellos que implican violencia son los más perturbadores. El individuo deprimido podría malversar fondos en un esfuerzo por solucionar su situación económica desesperada. El individuo con trastorno delirante podría irrumpir en un edificio para escapar de quienes, según él, lo persiguen. La persona con trastorno antisocial de la personalidad quizá cometa fraude contra víctimas incautas. Sin embargo, es más probable que sean los crímenes violentos los que capten la atención de los medios de comunicación, y el público siente más temor de ese tipo de delitos, a pesar del hecho de que tenemos mayor probabilidad de ser víctimas de delitos económicos que de crímenes violentos. Es así que, la sola presencia de enfermedad mental no garantiza que el inculpado sea declarado incompetente para ser sometido a juicio o absuelto de responsabilidad

criminal. En algunas jurisdicciones, esta verdad se cumple con mayor frecuencia en el caso de los acusados de crímenes violentos que en el de los acusados de cometer delitos contra la propiedad (Bartol, C. R. y Bartol, A. M., 2017, p. 236).

Es importante, destacar que, como grupo, los individuos que padecen una enfermedad mental no tienen más probabilidad de cometer crímenes que quienes no padecen ninguna. Además, un trastorno mental grave no es una causa directa del crimen (Peterson et al., 2014, citados en Bartol, C. R. y Bartol, A. M., 2017, p. 236), y los factores de riesgo para cometer crímenes son similares tanto en el caso de personas con trastornos mentales como en el de los delincuentes que no padecen ninguno de esos trastornos (Skeem, et al., 2014, citados en Bartol, C. R. y Bartol, A. M., 2017, p. 236). No obstante, los individuos con trastorno mental aparecen con cierta regularidad en los registros de arrestos, en las penitenciarías y prisiones, así como en los casos de libertad condicional; además, presentan desafíos especiales para quienes los supervisan. Recientes investigaciones indican que las alternativas comunitarias, incluyendo programas de desvío antes del juicio que dan tratamiento especializado, podrían ser un buen método para personas con enfermedad mental severa a quienes se ha acusado de cometer crímenes (Colwell, Villarreal y Espinosa, 2012; Heilbrun et al., 2012, citados en Bartol, C. R. y Bartol, A. M., 2017, pp. 236 - 237). Colwell y sus colaboradores, citados en Bartol, C. R. y Bartol, A. M. (2017) encontraron que la asignación a ese tipo de programas reducía significativamente la probabilidad de ser sentenciado posteriormente (p. 237).

La prevalencia de trastornos mentales es tres veces mayor entre la población delincencial que en la población general (Skeem, Emke-Francis y Loudon, 2006, citados en Bartol, C. R. y Bartol, A. M., 2017, p. 237). En los últimos años, los investigadores han buscado grupos o clasificaciones de delincuentes con enfermedades mentales graves que podrían ser especialmente proclives a involucrarse en el sistema de justicia penal. Constantine y sus colaboradores (2010), citados en Bartol, C. R. y Bartol, A. M. (2017), por ejemplo, identificaron tres patrones o trayectorias de arresto para las personas con enfermedad mental grave: 1) crónico de bajo nivel, 2) crónico de alto nivel y 3) esporádico (p. 237). Su estudio, que abarcó casi 4.000 participantes con diagnóstico de trastornos mentales graves, no hizo distinción entre delitos violentos y no violentos, aunque sí distinguió entre delitos graves y delitos menores (Bartol, C. R. y Bartol, A. M., 2017, p. 237).

2.17. PRECISIÓN TERMINOLÓGICA ENTRE AGRESIVIDAD, VIOLENCIA Y DELINCUENCIA

El estudio de las conductas violentas. En cuanto al uso sin la precisión etimológica y epistemológica conceptual de los términos, *agresividad*, *violencia* y *delincuencia* –que de algún modo son intercambiables– inducen a la confusión. Los juicios de valor añadidos contribuyen, por otra parte, a complicar aún más este aspecto (Echeburúa, E., 1998, p. 33). Es así que, a continuación se especifican conceptualmente estos tres términos o categorías para su aplicación correcta.

2.17.1. LA AGRESIVIDAD

Arraigada profundamente en la estructura psicobiológica del organismo y entroncada con la evolución filogenética de la especie, la *agresividad* representa la capacidad de respuesta del organismo para defenderse de los peligros potenciales procedentes del entorno. Desde esta perspectiva, la agresividad es una respuesta adaptativa y forma parte de las estrategias de afrontamiento de que disponen los seres humanos (Echeburúa, E., 1998, p. 33).

2.17.2. LA VIOLENCIA

La *violencia*, por el contrario, tiene un carácter destructivo sobre las personas y los objetos y supone una profunda disfunción social. La violencia se apoya en los mecanismos neurobiológicos de la respuesta agresiva. Todas las personas son agresivas, pero no tienen, afortunadamente, porque ser necesariamente violentas. A su vez, la violencia puede, en algunos casos, desencadenarse de forma impulsiva o ante diferentes circunstancias situacionales (el abuso de alcohol, una discusión, el contagio emocional del grupo, el fanatismo político o religioso, la presencia de armas, etc.); en otros, presentarse, como en el caso de la violencia psicopática, de una forma planificada, fría y sin ningún tipo de escrúpulos (Echeburúa, E., 1998, p. 33).

2.17.3. LA DELINCUENCIA

En cambio, la *delincuencia* no es sino la transgresión de los valores sociales vigentes en una comunidad en un momento histórico determinado –representados en el ordenamiento jurídico– y puede venir acompañada o no de conductas violentas. Es decir, no todos los delincuentes son violentos (por ejemplo, en la delincuencia de cuello blanco o en el narcotráfico) ni todos los

violentos (por ejemplo, en ciertos casos de violencia familiar) son necesariamente delincuentes (Echeburúa, E., 1998, p. 33).

2.18. MODELO INTEGRADOR Y COMPRENSIVO DEL COMPORTAMIENTO DELICTIVO

Andrews y Bonta (1994, 2003), citados en Thuy Nguyen, Karin Arbach-Lucioni y Antonio Andrés-Pueyo (2011) desarrollaron un modelo integrador y comprensivo del comportamiento delictivo, basándose especialmente en la evidencia empírica, también conocido modelo de “Riesgo-Necesidades-Responsividad”. Para los autores, los determinantes de la acción delictiva en situaciones particulares cobran importancia en su modelo, que se apoya en los principios del condicionamiento clásico y operante, así como en el aprendizaje social y la psicología diferencial. Según el modelo, el aprendizaje de la conducta delictiva es un complejo sistema de interacciones entre factores biológicos, cognitivos, emocionales y de características personales, que interactúan de forma contingente según los costes y recompensas con el medio ambiente (pp. 276 - 277).

Tras revisar diferentes investigaciones sobre factores de riesgo y eficacia de los tratamientos en el ámbito penitenciario y delictivo. Andrews y Bonta (1994), citados en Thuy Nguyen, Karin Arbach-Lucioni y Antonio Andrés-Pueyo (2011) concluyeron que existían “ocho grandes factores de riesgo” directamente relacionados con la conducta delictiva y que, además, se habían mostrado como los mejores predictores de la reincidencia. Los autores los incluyeron en su modelo y definieron lo que ellos llaman los “Cuatro Grandes” factores de riesgo de la conducta delictiva (Andrews y Bonta, 1994) que comprenden: (1) las cogniciones antisociales (actitudes, valores, creencias y racionalizaciones que apoyan la delincuencia, así como estados emocionales y cognitivos de ira, resentimiento y rebeldía hacia el sistema de justicia e identificación con el rol del delincuente), (2) las redes o vínculos antisociales (relaciones cercanas con otros delincuentes y aislamiento respecto a personas pro-sociales, así como reforzamiento social inmediato de la conducta delictiva), (3) la historia individual de conducta antisocial (inicio precoz y participación continuada en numerosos y diversos comportamientos antisociales y delictivos en diferentes situaciones, incluida mala conducta penitenciaria) y (4) el patrón de personalidad antisocial (presencia de un trastorno de personalidad antisocial según criterios diagnósticos o patrón habitual y generalizado de bajo auto-control, impulsividad, búsqueda de sensaciones, hostilidad, baja empatía, conducta problemática en la infancia y comportamiento antisocial). A estos cuatro grandes

factores de riesgo, se suman otras cuatro variables o áreas completando así los “Ocho Grandes”, los cuales también añaden capacidad predictiva al modelo y están constituidos por las circunstancias problemáticas en el (5) ámbito familiar (baja satisfacción marital o de pareja y/o mala calidad de las relaciones con los padres y otros familiares cercanos), (6) escolar o laboral (inestabilidad y bajos niveles de rendimiento y de satisfacción académica y/o laboral), (7) en el tiempo de ocio o recreativo (bajos niveles de implicación y poca satisfacción en actividades no delictivas durante el tiempo libre) y (8) el abuso de sustancias (problemas de consumo y dependencia de alcohol y/o drogas). De esta manera, el modelo admite que existen múltiples vías para involucrarse en la carrera delictiva y que su predicción mejora en la medida en que aumente el número y la variedad de los (Ocho) factores de riesgo evaluados y la multiplicidad de fuentes de información utilizadas (pp. 277 - 278).

2.19. LA PSICOLOGÍA CRIMINOLÓGICA

La psicología es la ciencia del comportamiento y de los procesos mentales. Por lo tanto, la psicología criminológica es la ciencia del comportamiento y de los procesos mentales de quienes cometen delitos. Mientras que la criminología sociológica se enfoca primordialmente en los grupos y en la sociedad como un todo, y en cómo influyen en la actividad delictiva, la psicología criminológica se enfoca en el comportamiento criminal de los individuos; es decir, como se genera ese comportamiento, como se provoca, se mantiene y se modifica (Bartol, C. R. y Bartol, A. M., 2017, p. 8).

En la psicología del crimen, se consideran tanto las influencias sociales y de la personalidad sobre el comportamiento criminal, como los procesos mentales que median ese comportamiento. La personalidad se refiere a todas las influencias biológicas, los rasgos psicológicos y las características cognitivas del ser humano que los psicólogos han identificado como importantes en la medicación y el control del comportamiento. Recientemente, aunque continúa el interés en las diferencias de personalidad entre los delincuentes, la psicología criminológica ha modificado ese enfoque de varias maneras. En primer término, ha adoptado un enfoque más cognitivo para estudiar el comportamiento criminal. En segundo lugar, ha prestado más atención a factores biológicos y neuropsicológicos. Tercero, ha adoptado un enfoque en el desarrollo al estudiar el comportamiento criminal tanto en los individuos como en los grupos (Bartol, C. R. y Bartol, A. M., 2017, p. 8).

2.19.1. ENFOQUE COGNITIVO

Las cogniciones se refieren a las actitudes, las creencias, los valores y los pensamientos que tienen las personas con respecto al entorno social, las interrelaciones, la naturaleza humana y sobre sí mismas. En el caso de los asesinos seriales, esas cogniciones a menudo están distorsionadas. Las creencias de que a los niños se les debe disciplinar físicamente y con severidad, o que las víctimas en realidad no resultan dañadas por un fraude o un delito contra la propiedad, son buenos ejemplos de cogniciones que pueden conducir a actividad delictiva. Los prejuicios también son una cognición que implica distorsiones de la realidad social. Estos incluyen generalizaciones erróneas y simplificaciones exageradas acerca de los demás. Los crímenes motivados por odio o prejuicios por lo general tienen su origen en las distorsiones cognitivas y en los prejuicios de quienes los cometen. Muchos violadores seriales también distorsionan la realidad social hasta el punto en que atacaran solo a víctimas que, de acuerdo con su percepción, “se lo merecen”. Algunos agresores sexuales incluso se convencen a sí mismos de que no están causando daño a sus víctimas, mientras que los delincuentes de cuello blanco en ocasiones justifican sus acciones reprobables aduciendo que tuvieron que cometerlas para permanecer en los negocios (Bartol, C. R. y Bartol, A. M., 2017, pp. 8 - 9).

2.19.2. ENFOQUE BIOLÓGICO O NEUROLÓGICO

Muchos criminólogos que se identifican a sí mismos como psicólogos –y algunos que se identifican como sociólogos– reconocen que los avances en las vastas ciencias biológicas están descubriendo vínculos en la biología (incluyendo la neuropsicología) y la conducta humana (Wright y Boisvert, 2009, citados en Bartol, C. R. y Bartol, A. M., 2017, p. 9). El enfoque biológico a menudo se centra en la agresión y el comportamiento violento. Por ejemplo, los neurólogos interesados en la criminología estudian hasta qué grado los daños, las deficiencias o las anormalidades del cerebro podrían relacionarse con la conducta antisocial, en particular con el comportamiento violento. Es probable que un traumatismo craneoencefálico (TCE), como el que alguien podría sufrir en un accidente automovilístico, genere cambios en la personalidad, incluyendo un aumento en la conducta agresiva (Gurley y Marcus, 2008, citados en Bartol, C. R. y Bartol, A. M., 2017, p. 9).

2.19.3. ENFOQUE DE DESARROLLO

Descubrir cómo se inicia y progresa el comportamiento criminal es sumamente importante. El enfoque de desarrollo examina los cambios y las influencias a lo largo de la vida de una persona que podrían contribuir a desencadenar el comportamiento antisocial o criminal; esos cambios e influencias comúnmente se denominan “factores de riesgo”. Algunos ejemplos son nutrición deficiente, pérdida de alguno de los padres, fracaso escolar muy temprano en la vida o habitar en una vivienda poco digna. Sin embargo, el enfoque de desarrollo también busca “factores de protección”, o influencias que brindan a los individuos una defensa frente a los factores de riesgo. Un adulto comprensivo que funja como mentor o el hecho de contar con buenas habilidades sociales son ejemplos de factores de protección. Si somos capaces de identificar esos cambios e influencias que se presentan a lo largo de las rutas de desarrollo de la vida de un individuo y que dificultan que este se convierta en una personas comprensiva, sensible y prosocial, así como aquellos cambios e influencias que alejan a una persona del comportamiento antisocial grave y persistente, obtendremos información invaluable acerca de cómo prevenir y modificar el comportamiento delictivo o criminal (Bartol, C. R. y Bartol, A. M., 2017, pp. 9 - 10).

2.19.4. ENFOQUE DE LOS RASGOS

En el pasado, los psicólogos suponían que podían comprender mejor el comportamiento humano buscando las disposiciones o los rasgos estables y consistentes de la personalidad que ejercen efectos profundos y generalizados sobre la conducta. Un rasgo o una disposición es una tendencia relativamente estable y duradera a comportarse de un modo particular, y que distingue a una persona de otra. Por ejemplo, un individuo puede ser extrovertido y mostrar una tendencia consistente a socializar y a conocer a otros individuos, mientras que otra persona quizá sea tímida e introvertida y demuestre una tendencia a socializar solo con amigos muy cercanos. En los últimos años, algunos investigadores (por ejemplo, Frick y White, 2008, citados en Bartol, C. R. y Bartol, A. M., 2017, p. 10) han prestado considerable atención a ciertos rasgos –los cuales en conjunto se conocen como “rasgos de insensibilidad emocional”– que a menudo están asociados con psicópatas, es decir, individuos que pueden (o no) ser responsables de muchos delitos graves. Los rasgos de insensibilidad emocional se caracterizan por una falta de empatía y preocupación por el bienestar de los demás, y a menudo conducen a un patrón persistente y agresivo de conducta antisocial (Bartol, C. R. y Bartol, A. M., 2017, p. 10).

Las teorías de los rasgos sostienen que la gente muestra un comportamiento consistente a lo largo del tiempo y en distintos lugares, y que ese comportamiento caracteriza a la personalidad. Por consiguiente, muchos psicólogos dedicados al estudio de la criminalidad suponían que deberían buscar los rasgos o las variables de la personalidad subyacentes en el comportamiento criminal. Prestaban menos atención al entorno o a la situación de la persona bajo estudio. Se pensaba que, una vez que se identificaran las variables de la personalidad, sería posible determinar y predecir cuales individuos tenían mayor probabilidad de involucrarse en el comportamiento criminal (Bartol, C. R. y Bartol, A. M., 2017, p. 10).

Sin embargo, la búsqueda de un *solo* tipo de personalidad del asesino, violador, abusador o ladrón no resulto fructífera. Las perspectivas contemporáneas de la psicología del crimen aun incluyen los rasgos de la personalidad o del comportamiento en sus explicaciones de los actos delictivos, como veremos en nuestro análisis de los rasgos de insensibilidad emocional, pero también incluyen las cogniciones, la neuropsicología y los factores de desarrollo en esas explicaciones. Por ello, mientras que la psicología de los rasgos por si sola ha perdido adeptos, algunos aspectos de este enfoque han sobrevivido (Bartol, C. R. y Bartol, A. M., 2017, p. 10).

2.20. DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD

Sin duda alguna en estos tiempos actuales donde los “derechos humanos” de las personas privadas de libertad están suficientemente consolidadas social y legalmente por medio de las instituciones nacionales e internacionales de todos los estados suscriptores de diferentes convenios y tratados, que resguardan el “bien mayor protegido” que es la vida y dignidad de todo ser humano en situación de reclusión penitenciaria, se considera que en adelante todo trabajo (investigación, proyecto, programa y otros) que se lleven a cabo deben efectuarse bajo irrestricto cumplimiento y respeto de estas normas refrendadas (Lequepi, J., 2020, p. 77).

Es así que, también este trabajo se sustenta bajo las normas consagradas en los tratados y convenios a nivel internacional. En particular en las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, publicada, por el Defensor del Pueblo – República de Bolivia, texto: “Derechos humanos de las personas privadas de libertad” (2004), el cual, constituye la referencia más importante a nivel internacional respecto a los principios penitenciarios, la organización de los centros penitenciarios

y principalmente al tratamiento mínimo que deben recibir las personas que son sometidas a la privación de libertad (Lequepi, J., 2020, p. 77).

Así mismo, la elaboración e implementación de la Ley N° 2298 de Ejecución Penal y Supervisión contempla esta referencia internacional. Su objetivo principal es el cumplimiento efectivo de la pena privativa de libertad, concebida, como el proceso de tratamiento e inserción social post penitenciaria de la persona reclusa por la comisión de un hecho delictivo (Con sentencia) o no (Preventivamente) (Lequepi, J., 2020, p. 77).

Ambos instrumentos legales parten del principio fundamental de que a las personas privadas/os de libertad solo se les ha restringido su derecho a la “libertad”, quedando intactos sus demás derechos, por lo tanto es obligación del estado respetarlos y hacerlos respetar (Lequepi, J., 2020, p. 77).

2.21. REGLAS MÍNIMAS DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL TRATAMIENTO DE LOS RECLUSOS (REGLAS NELSON MANDELA) (2015)

Citado en Lequepi, J. (2020) respecto a algunos antecedentes de esta norma internacional que resguardan los derechos humanos de las personas privadas de libertad indica, que las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, fueron adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre “Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente”, celebrado en Ginebra en 1955, y aprobadas por el Consejo Económico y Social en sus resoluciones 663C (XXIV) de 31 de julio de 1957 y 2076 (LXII) de 13 de mayo de 1977 (pp. 77 - 78).

De las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos ahora denominado también Reglas Nelson Mandela, y actualizado en la Asamblea General, Resolución 70/175, anexo, aprobado el 17 de diciembre de 2015 como referencia para el presente proyecto de investigación científica se han extraído algunos artículos considerados importantes, y son los siguientes:

OBSERVACIÓN PRELIMINAR 1

El objeto de las siguientes reglas no es describir en forma detallada un sistema penitenciario modelo, sino únicamente enunciar, partiendo de los conceptos generalmente aceptados en nuestro tiempo y de los elementos esenciales de los sistemas contemporáneos más

adecuados, los principios y prácticas que hoy en día se reconocen como idóneos en lo que respecta al tratamiento de los reclusos y la administración penitenciaria.

OBSERVACIÓN PRELIMINAR 2

1. Es evidente que, debido a la gran variedad de condiciones jurídicas, sociales, económicas y geográficas existentes en el mundo, no se pueden aplicar indistintamente todas las reglas en todas partes y en todo el momento. No obstante, estas reglas deberán servir para estimular un esfuerzo constante por vencer las dificultades prácticas que se oponen a su aplicación, con la conciencia de que representan en su conjunto las condiciones mínimas admitidas por las Naciones Unidas.
2. Por otra parte, las reglas se refieren a un ámbito en relación con el cual la reflexión intelectual evoluciona constantemente. No tienen por objeto excluir experimentos y prácticas, siempre que estos se ajusten a los principios e impulsen los propósitos que se desprenden del texto en su conjunto. Guiándose por ese espíritu, la administración penitenciaria central siempre podrá autorizar excepciones.

OBSERVACIÓN PRELIMINAR 3

1. La primera parte de las reglas trata de la administración general de los establecimientos penitenciarios y es aplicable a todas las categorías de reclusos, independientemente de que su situación sea el resultado de un proceso criminal o civil, de que se encuentren en espera de juicio o estén cumpliendo condena, e incluso de que se les haya o no sometido a “medidas de seguridad” o medidas correccionales por mandamiento judicial.
2. La segunda parte contiene disposiciones que solamente se aplican a las categorías especiales de reclusos a que se refiere cada sección. No obstante, las reglas de la sección A, aplicables a los reclusos penados, se aplicaran igualmente a las categorías de reclusos a que se refieren las secciones B, C y D, siempre que no sean contradictorias con las reglas que rigen esas categorías de reclusos y que sean ventajosas para ellos.

OBSERVACIÓN PRELIMINAR 4

1. Las reglas no tienen por objeto regular la administración de los establecimientos para menores de edad, como los centros de detención o reeducación de menores, si bien, en general, la primera parte es aplicable también a esos establecimientos.
2. La categoría de reclusos jóvenes debe comprender, como mínimo, a los jóvenes cuyos casos competan a las jurisdicciones de menores. Por regla general, no debe condenarse a esos jóvenes a penas de prisión.

I. REGLAS DE APLICACIÓN GENERAL

PERSONAL PENITENCIARIO

Regla 74

1. La administración penitenciaria seleccionara cuidadosamente al personal de todos los grados, puesto que de la integridad, humanidad, aptitud personal y capacidad profesional de dicho personal dependerá la buena dirección de los establecimientos penitenciarios.
2. La administración penitenciaria se esforzara constantemente por despertar y mantener, en el espíritu del personal y en la opinión pública, la convicción de que la función penitenciaria constituye un servicio social de gran importancia y, al efecto, utilizara todos los medios apropiados para informar al público.
3. Para lograr los fines mencionados será indispensable que los miembros del personal penitenciario sean profesionales contratados a tiempo completo con la condición de funcionarios públicos y, por tanto, con la seguridad de que la estabilidad en su empleo dependerá únicamente de su buena conducta, de la eficacia de su trabajo y de su aptitud física. La remuneración del personal deberá ser suficiente para obtener y conservar los servicios de hombres y mujeres capaces. Las prestaciones laborales y condiciones de servicio serán favorables, teniendo en cuenta el difícil trabajo que desempeñan.

II. REGLAS APLICABLES A CATEGORÍAS ESPECIALES

A. RECLUSOS PENADOS

TRATAMIENTO

Regla 91

El tratamiento de las personas condenadas a una pena o medida privativa de libertad debe tener por objeto, en la medida en que la duración de la pena lo permita, inculcarles la voluntad de vivir conforme a la ley y mantenerse con el producto de su trabajo y crear en ellos la aptitud para hacerlo. Dicho tratamiento estará encaminado a fomentar en ellos el respeto de sí mismos y desarrollar su sentido de la responsabilidad.

Regla 92

1. Para lograr este fin se deberán emplear todos los medios adecuados, lo que incluirá la asistencia religiosa, en los países en que esto sea posible, la instrucción, la orientación y formación profesionales, los métodos de asistencia social individual, el asesoramiento laboral, el desarrollo físico y el fortalecimiento de los principios morales, de conformidad con las necesidades individuales de cada recluso. Para ello se tendrá en cuenta su pasado social y delictivo, su capacidad y aptitud física y mental, su temperamento personal, la duración de su pena y sus perspectivas después de la liberación.
2. Respecto de cada recluso condenado a una pena de cierta duración, se remitirá cuanto antes al director del establecimiento penitenciario un informe completo sobre todos los aspectos mencionados en el párrafo 1 de esta regla. Acompañará a este el informe de un médico u otro profesional de la salud competente sobre el estado físico y mental del recluso.
3. Los informes y demás documentos pertinentes formarán un expediente individual. Los expedientes se tendrán al día y se archivarán de manera que el personal encargado pueda consultarlos siempre que sea necesario.

2.22. LEY N° 2298 DE EJECUCIÓN PENAL Y SUPERVISIÓN (2001)

Así mismo, Bolivia que es signataria del tratado de las Naciones Unidas sobre la “Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente” ha implementado la Ley N° 2298 de Ejecución Penal y Supervisión (2001) en base a los principios y reglas de este tratado internacional, que recomienda para una adecuada organización, administración y la práctica penitenciaria.

Seguidamente de la Ley N° 2298 se describen los artículos considerados más importantes a este estudio:

Artículo 1(OBJETO). Esta Ley tiene por objeto regular:

1. La ejecución de las penas y medidas de seguridad dictadas por los órganos jurisdiccionales competentes;
2. El cumplimiento de la suspensión condicional del proceso y de la pena; y,
3. La ejecución de las medidas cautelares de carácter personal.

Artículo 2 (PRINCIPIO DE LEGALIDAD). Ninguna persona puede ser sometida a prisión, reclusión o detención preventiva en establecimientos penitenciarios, sino en virtud de mandamiento escrito emanado de autoridad judicial competente, con las formalidades legales y por causales previamente definidas por Ley.

La privación de libertad obedece al cumplimiento de una pena o medida cautelar personal, dispuesta conforme a Ley.

Las únicas limitaciones a los derechos del interno son las emergentes de la condena y las previstas en esta Ley; fuera de ellas no es aplicable ninguna otra limitación.

Artículo 3 (FINALIDAD DE LA PENA). La pena tiene por finalidad proteger a la sociedad contra el delito y lograr la enmienda, readaptación y reinserción social del condenado a través de una cabal comprensión y respeto de la Ley.

Artículo 5 (RESPECTO A LA DIGNIDAD). En los establecimientos penitenciarios prevalecerá el respeto a la dignidad humana, a las garantías constitucionales y a los derechos humanos. Queda prohibido todo trato cruel, inhumano o degradante.

Quien ordene, realice o tolere tales conductas será pasible de las sanciones previstas en el Código Penal, sin perjuicio de otras que le correspondan.

Artículo 10 (PROGRESIVIDAD). La ejecución de la pena se basa en el sistema progresivo que promueve la preparación del interno para su reinserción social. Este sistema limita a lo estrictamente necesario la permanencia del condenado en régimen cerrado.

El avance en la progresividad dependerá del cumplimiento satisfactorio de los programas de educación y trabajo así como de la observancia del régimen disciplinario.

Artículo 13 (NO HACINAMIENTO). El estado garantizara que los establecimientos penitenciarios cuenten con la infraestructura mínima adecuada para la custodia y el tratamiento de los internos.

2.23. CÓDIGO PENAL LEY N° 1768 DE 10 DE MARZO DE 1997

Actualmente en Bolivia los diferentes tipos de delitos y sus sanciones están tipificados en el Código Penal Ley N° 1768 de 10 de marzo de 1997, el cual está constituida o estructurada del Libro Primero (Parte General), que contiene al Título I (La ley penal); Título II (El delito, fundamentos de la punibilidad y el delincuente); Título III (Las penas); Título IV (Las medidas de seguridad); Título V (Responsabilidad civil y caja de reparaciones); Título VI (Rehabilitación); Título VII (Extinción de la acción penal y de la pena), y cada uno de estos siete títulos tienen sus respectivos capítulos y artículos distintamente. Así mismo, el Código Penal contiene del Libro Segundo (Parte Especial), en el cual están el Título I (Delitos contra la seguridad del estado); Título II (Delitos contra la función pública); Título III (Delitos contra la función judicial); Título IV (Delitos contra la fe pública); Título V (Delitos contra la seguridad común); Título VI (Delitos contra la economía nacional, la industria y el comercio); Título VII (Delitos contra la familia); Título VIII (Delitos contra la vida y la integridad corporal); Título IX (Delitos contra el honor); Título X (Delitos contra la libertad); Título XI (Delitos contra la libertad sexual); Título XII (Delitos contra la propiedad); Título Final (Disposiciones transitorias), y cada uno de estos doce títulos están constituidos por sus respectivos capítulos y artículos.

Por la extensión del Código penal en el presente marco teórico no se describen los capítulos y artículos específicos relacionados a las conductas delictivas evaluadas o relevadas de las 40

privadas de libertad (muestra de investigación) del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz, es por ello que nos remitimos a la extensión total del Código Penal respecto al marco legal sobre las conductas delictivas en este estudio.

2.24. CENTRO PENITENCIARIO FEMENINO DE MIRAFLORES – RÉGIMEN CERRADO DE LA CIUDAD DE LA PAZ

El Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz fue fundado el 7 de febrero de 1997 como cárcel de máxima seguridad, inicialmente fue para personas privadas de libertad con sentencia, por los delitos de asesinato, terrorismo y la Ley 1008. Diez señoras juntamente con sus hijos fueron trasladadas desde el Centro de Orientación Femenina de Obrajes, a su llegada a este nuevo penal que antes era una Clínica de COMIBOL sufrieron varias carencias como la falta de un espacio adecuado para la preparación de alimentos. El desayuno y almuerzo que consumían las personas privadas de libertad de este centro eran preparadas en el Centro de Orientación Femenino de Obrajes. Está ubicada en la calle Días Romero de la zona de Miraflores de la ciudad de La Paz. Tiene una superficie de 1.165 mtrs.² (Dirección General de Régimen Penitenciario y Supervisión, 2015, citado en Lequepi, M. J., 2016, p. 137).

Cuenta con 16 dormitorios, cada dormitorio acoge de 3 a 8 privadas de libertad, cada una cuenta con una cama y espacio para sus pertenencias, existe también una cocina de uso común, un comedor, una biblioteca, una guardería, una capilla y una cancha deportiva (Dirección General de Régimen Penitenciario y Supervisión, 2015, citado en Lequepi, M. J., 2016, p. 137).

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

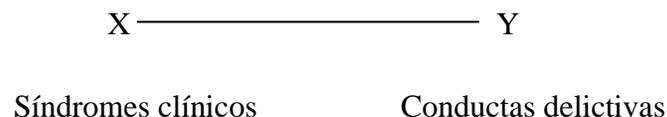
El alcance o el tipo de investigación científica es descriptivo correlacional (Hernández, R., et. al, 2014, pp. 92 - 95). Inicialmente, es de tipo descriptivo, ya que especifica o caracteriza por separado o independientemente tanto a los síndromes clínicos (DSM-5) como a las conductas delictivas en mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores de la ciudad de La Paz (Hernández, R., et. al, 2014, pp. 92 - 93). Además, es de tipo correlacional, porque se evalúa el grado de relación existente entre los síndromes clínicos y las conductas delictivas (Hernández, R., et. al, 2014, pp. 93 - 95).

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Así mismo, el presente estudio es no experimental porque no se manipulan intencionalmente o no se hace variar premeditadamente los síndromes clínicos (DSM-5) y a las conductas delictivas, a estas dos variables de investigación únicamente se los evalúa u observa tal como se encuentran o se presentan en su contexto natural (The SAGE Glossary of the Social and Behavioral Sciences, 2009b, citado en Hernández, R., et. al, 2014, pp. 152 - 154).

Además, es de diseño transeccional o transversal, ya que la recolección o relevamiento de datos o resultados de las variables de estudio se los ha efectuado en un solo o único momento – tiempo (Liu, 2008 y Tucker, 2004, citado en Hernández, R., et. al, 2014, pp. 154 - 159).

3.3. VARIABLES DE INVESTIGACIÓN



3.3.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL O CONSTITUTIVA DE LAS VARIABLES

3.3.1.1. LOS SÍNDROMES CLÍNICOS (DSM-5)

En el presente trabajo se estudia los “síndromes clínicos” (DSM-5) desde el modelo de evaluación del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III) construido por Millon, T., Davis, R. y Millon, C.; adaptado al español por Cardenal Hernández, V. y Sánchez López, M.^a P. (2007). Donde se comprende, que los síndromes clínicos tienden a ser estados relativamente claros o transitorios, aumentando o disminuyendo con el tiempo en función del impacto de las situaciones estresantes. La mayoría de los síndromes clínicos descritos y evaluados en este estudio son de tipo reactivo, por lo tanto, su duración es sustancialmente más corto que de los trastornos de la personalidad. Habitualmente representan estados en los que un proceso patológico activo se manifiesta con claridad, a menudo precipitado por sucesos externos (Millon, T., Davis, R. y Millon, C., 2007, p. 45).

3.3.1.2. LAS CONDUCTAS DELICTIVAS

La conducta delictiva o criminal se indaga desde el ámbito legal donde se define como la acción o la omisión de actuar en contra de la ley que así lo prohíbe o lo ordena, y para lo cual existe un rango de posibles sanciones tras la sentencia condenatoria. Por lo tanto, el comportamiento criminal es aquella conducta que infringe el código penal. Para que una persona sea sentenciada por un delito, debe haber actuado intencionalmente y sin justificación ni excusa. Esta definición legal abarca una gran variedad de actos o conductas delictivas, que van desde el asesinato hasta delitos menores (Bartol, C. R. y Bartol, A. M., 2017, p. 1).

3.3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Cuadro 3. Operacionalización de la variable *síndromes clínicos (DSM-5)*

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	MEDIDORES	ESCALAS	INSTRUMENTO
- Síndromes clínicos (DSM-5)		- Índices	<p>Ítems 65, 110 y 157, cuando la respuesta es verdadero en 2 o más de estos ítems se invalida el inventario</p> <p>0 indica, validez del inventario</p> <p>1 indica, validez cuestionable del inventario</p> <p>PD* <34>178, se invalida el inventario</p> <p>Las PREV* >75, indica tendencia a la distorsión</p> <p>Las PREV >75, indica tendencia a la distorsión</p>	<p>V Validez</p> <p>X Sinceridad</p> <p>Y Deseabilidad social</p> <p>Z Devaluación</p>	<p>Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMII-III) (Millon, T., Davis, R. y Millon, C.; adaptación española Cardenal Hernández, V. y Sánchez López, M.ª P., 2007)</p>
	- Síndromes clínicos moderadamente graves	<p>- Ítems: 40, 58, 61, 75, 76, 108, 109, 124, 135, 145, 147, 149, 164 y 170</p> <p>- Ítems: 1, 4, 11, 37, 55, 74, 75, 107, 111, 130, 145 y 148</p> <p>- Ítems: 3,22, 41, 51, 54, 83, 96, 106, 117, 125, 134, 166, y 170</p>	<p>Verdadero Falso</p> <p>Verdadero Falso</p> <p>Verdadero Falso</p>	<p>A Trastorno de ansiedad</p> <p>H Trastorno somatomorfo</p> <p>N Trastorno bipolar</p>	

		- Ítems: 15, 24, 25, 55, 56, 62, 83, 86, 104, 111, 130, 141, 142 y 148	Verdadero Falso	D Trastorno distímico	
		- Ítems: 14, 23, 41, 52, 64, 77, 93, 100, 101, 113, 122, 131, 139, 152 y 166	Verdadero Falso	B Dependencia del alcohol	
		- Ítems: 7, 13, 21, 38, 39, 41, 53, 66, 91, 101, 113, 118, 136 y 139	Verdadero Falso	T Dependencia de sustancias	
		- Ítems: 62, 76, 83, 109, 123, 129, 133, 142, 147, 148, 149, 151, 154, 160, 164 y 173	Verdadero Falso	R Trastorno de estrés postraumático	
	- Síndromes clínicos graves	- Ítems: 22, 34, 56, 61, 68, 72, 76, 78, 83, 102, 117, 134, 142, 148, 151, 162 y 168	Verdadero Falso	SS Trastorno del pensamiento	
		- Ítems: 1, 4, 34, 44, 55, 74, 104, 107, 111, 128, 130, 142, 148, 149, 150, 154 y 171	Verdadero Falso	CC Depresión mayor	
		- Ítems: 5, 38, 49, 63, 67, 89, 103, 119, 138, 140, 153, 159 y 175	Verdadero Falso	PP Trastorno delirante	

PD*: Puntuación directa

PREV*: Prevalencia

Cuadro 4. Operacionalización de la variable conductas delictivas

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	MEDIDORES	ESCALAS	INSTRUMENTO	
Conductas delictivas	Conductas delictivas violentas	- Asesinato	Presencia/Ausencia	Si	Cuestionario de Datos Complementarios (Lequepi, M. J., 2016)	
			Presencia/Ausencia	No		
		- Infanticidio	Presencia/Ausencia	Si		
			Presencia/Ausencia	No		
		- Robo	Presencia/Ausencia	Si		
			Presencia/Ausencia	No		
		- Robo agravado	Presencia/Ausencia	Si		
			Presencia/Ausencia	No		
		- Ley 1008	Presencia/Ausencia	Si		
			Presencia/Ausencia	No		
	Conductas delictivas no-violentas	- Asociación delictuosa		Presencia/Ausencia		Si
				Presencia/Ausencia		No
		- Estafa		Presencia/Ausencia		Si
				Presencia/Ausencia		No
- Estafa y falsedad material			Presencia/Ausencia	Si		
			Presencia/Ausencia	No		
- Estafa-Estelionato		Presencia/Ausencia	Si			
		Presencia/Ausencia	No			
- Falsedad material		Presencia/Ausencia	Si			
		Presencia/Ausencia	No			
- Por pago de beneficio social		Presencia/Ausencia	Si			
		Presencia/Ausencia	No			
- Por suplantación de firma		Presencia/Ausencia	Si			
		Presencia/Ausencia	No			
- Tenencia de drogas para el consumo		Presencia/Ausencia	Si			
		Presencia/Ausencia	No			

3.4. POBLACIÓN

La población o universo (N) del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz a diciembre de 2021 es de 48 mujeres privadas de libertad por diferentes hechos delictivos tipificados o determinados en el Código Penal, Ley N° 1768 (1997) (Lepkowski, 2008b, citado en Hernández, R., et. al, 2014, pp. 174 - 175). Así mismo, la mayoría de ellas aún está reclusa preventivamente o están en observación, y solo una minoría ya cuenta con una sentencia o sentencia ejecutoriada como puede constatarse en el capítulo de resultados (Dirección General de Régimen Penitenciario y Supervisión, 2021).

3.5. MUESTRA

La muestra (n) o las unidades de observación de este estudio está constituida de 40 privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz, quienes están reclusas por distintos delitos como se puede observar en el cuadro 6 (Código Penal, Ley N° 1768, 1997) (Hernández, R., et. al, 2014, p. 175). Tanto las características sociodemográficas como las delictivas de las unidades de observación se describen o presentan en el apartado de resultados, ya que es uno de los objetivos específicos propuestos en el presente estudio.

Cuadro 5. *Muestra (n) o unidades de observación*

Muestra (n) o unidades de observación	Conductas delictivas violentas	Conductas delictivas no-violentas
40 privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz	- Asesinato - Infanticidio - Robo - Robo agravado - Ley 1008	- Asociación delictuosa - Estafa - Estafa y falsedad material - Estafa-Estelionato - Falsedad material - Por pago de beneficio social - Por suplantación de firma - Tenencia de drogas para el consumo

Así mismo, la selección de la muestra (n) de investigación es no probabilística o dirigida de sujetos – tipos (Hernández, R., et. al, 1991, pp. 231 - 232). Ahora bien, este tipo de muestreo conlleva un procedimiento de selección informal y un poco arbitraria, por lo tanto la elección de las unidades de observación de esta investigación se ha llevado a cabo por decisión única del autor o investigador del presente proyecto de investigación científica. También, este tipo de muestreo está sujeto a algunas condiciones peculiares a cumplir para su conformación.

Es así que, la muestra (n) de estudio se lo ha constituido desde dos criterios de selección, que son los siguientes:

1) CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres privadas de libertad preventivamente, con sentencia y con sentencia ejecutoriada
- Mujeres privadas de libertad no reincidentes y reincidentes

2) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres privadas de libertad, que de acuerdo al sistema progresivo están clasificadas y beneficiadas con: 1) salidas prolongadas, 2) el extramuro y 3) la libertad condicional (Ley N° 2298 de Ejecución Penal y Supervisión, 2001)
- Mujeres privadas de libertad aisladas a causa de una determinada sanción penitenciaria (Ley N° 2298 de Ejecución Penal y Supervisión, 2001)

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

3.6.1. INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III (MCMI-III)

Los síndromes clínicos (DSM-5) en mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz se ha relevado o evaluado con el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III) construido por Millon, T., Davis, R. y Millon, C., que fue adaptado al español por Cardenal Hernáez, V. y Sánchez López, M.^a P. (2007). Mediante este inventario se ha llegado a determinar clínicamente los síndromes clínicos (DSM-5) que presentan las mujeres recluidas en dicho Penal de Miraflores (muestra de estudio).

El Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III está constituida por 1) cuatro escalas de control (que pueden afectar a la fiabilidad o la validez de las puntuaciones del MCMI-III), 2) once patrones clínicos de personalidad, 3) tres patologías severas de personalidad, 4) siete síndromes clínicos moderadamente graves y 5) tres síndromes clínicos graves, y seguidamente se describen a las mismas.

1) Escalas de control

- a) **El índice de Validez (escala V):** El primer índice a evaluar es el de Validez, el cual incluye tres ítems extravagantes o muy inverosímiles (ítems 65, 110 y 157). Cuando se responde verdadero a dos o más de estos ítems el protocolo se considera inválido. Una puntuación a “0” se considera válida y una puntuación de “1” indica una validez cuestionable, es decir se trata de un protocolo que debe interpretarse con cautela o cuidado. A pesar de su brevedad el índice de Validez es altamente sensible a respuestas descuidadas, confusas o al azar.
- b) **El índice de Sinceridad (escala X):** Este índice es un segundo indicador que puede revelar un comportamiento de respuesta problemático, particularmente indica si el paciente se inclina por ser franco y revelador o reticente y reservado. El índice de Sinceridad se calcula a partir del grado de desviación positiva o negativa del rango medio de una puntuación total directa en las escalas 1 a 8B. La escala X es la única del MCMI-III en la que una puntuación baja es clínicamente interpretable. Cuando la puntuación directa de esta escala es inferior a 34 o superior a 178 el protocolo debe considerarse inválido. Aproximadamente un 10% de los examinados obtienen puntuaciones de prevalencia (PREV) de 85 o más y aproximadamente un 25% puntuaciones de 75 o más.
- c) **El índice de Deseabilidad Social (escala Y):** Este índice evalúa el grado en que los resultados pueden verse afectados por la tendencia del paciente a presentarse como socialmente atractivo, moralmente virtuoso o emocionalmente estable. Las PREV por encima de 75 en la escala Y indican cierta tendencia a presentarse de forma favorable o personalmente atractiva. Cuanto más alta sea la puntuación, más probable es que el paciente haya ocultado algún aspecto de sus dificultades psicológicas o interpersonales.
- d) **El índice de Devaluación (escala Z):** Este índice generalmente refleja las tendencias opuestas a las reflejadas en la escala Y. Sin embargo, en ocasiones, ambos índices son

altos, especialmente en los pacientes que son inusualmente reveladores. En general, las PREV por encima de 75 sugieren una tendencia a despreciarse o devaluarse, presentando unas dificultades emocionales o personales más problemáticas de las que normalmente se encontrarían en una revisión objetiva. Una puntuación especialmente alta merece un examen más detallado, no solo para obtener una evaluación más precisa de lo que podría ser un nivel distorsionado de los problemas psicológicos, sino también para determinar si dicha puntuación constituye una llamada de socorro de un paciente que está experimentando un nivel especialmente angustioso de agitación emocional.

2) Patrones clínicos de personalidad

En esta dimensión se encuentran: 1 Esquizoide, 2A Evitativo, 2B Depresivo, 3 Dependiente, 4 Histriónico, 5 Narcisista, 6A Antisocial, 6B Agresivo–sádico, 7 Compulsivo, 8A Negativista (pasivo–agresivo) y 8B Autodestructiva.

3) Patologías severas de personalidad

En esta dimensión están: S Esquizotípico, C Limite y P Paranoide.

4) Síndromes clínicos moderadamente graves

Esta dimensión está constituida: Trastorno de ansiedad (escala A), Trastorno somatomorfo (escala H), Trastorno bipolar (escala N), Trastorno distímico (escala D), Dependencia del alcohol (escala B), Dependencia de sustancias (escala T) y Trastorno de estrés postraumático (escala R).

5) Síndromes clínicos graves

Finalmente en esta dimensión están: Trastorno del pensamiento (escala SS), Depresión mayor (escala CC) y Trastorno delirante (escala PP).

El objetivo del MCMI-III es evaluar los trastornos de la personalidad (DSM-5) y los síndromes clínicos (DSM-5). Este inventario ha sido desarrollado para ser aplicado a adultos, desde los 18 años hacia adelante, que por lo menos posean habilidades de lectura del final de la enseñanza primaria obligatoriamente, no es apropiado su uso para poblaciones de adolescentes. Su principal aplicación se circunscribe al ámbito clínico, por lo que *el empleo a personas “normales”* (sin una patología evidente) que no aparecen representadas en los baremos de la prueba puede derivar en *puntuaciones distorsionadas* o alejadas de la realidad. Así mismo, se lo puede emplear en el ámbito penitenciario, forense, neuropsicología, pareja, cuando hay abuso de sustancias y en casos de trastorno de estrés postraumático.

El MCMI-III es un instrumento de autoinforme (técnica de aplicación), que puede ser administrado individual o colectivamente. El tiempo de duración para completar todo el inventario es variable, de 20 a 30 minutos aproximadamente. La corrección y puntuación se efectúa mediante dos procedimientos informáticos, 1) Corrección por Internet mediante *e-perfil* y 2) Corrección mecanizada mediante lectura de marcas ópticas. Básicamente, el material está constituido por el manual, cuadernillo de preguntas, hoja de respuestas y lápiz N° 2.

Condiciones de invalidación de la prueba

Un perfil MCMI-III se considera inválido si cumple alguna de las siguientes condiciones:

- 1) No se indica el sexo del paciente. Sin esta información, no es posible seleccionar la correcta tabla de transformación a puntuaciones de prevalencia.
- 2) La edad es menor de 18 años o es desconocida. El MCMI-III solo se ha validado y tipificado en adultos.
- 3) En 12 o más ítems se han omitido las respuestas o se han marcado las dos alternativas. Con tantas respuestas omitidas no es posible asegurar la validez de las puntuaciones de las escalas.
- 4) Se ha respondido Verdadero a dos o tres ítems de la escala de Validez (ítems 65, 110 y 157). La conformidad con ítems cuya tasa de acuerdo es extremadamente baja indica que el examinado puede no haber prestado suficiente atención al contenido de los ítems o que haya tenido dificultad al leer o comprender los ítems. La conformidad con solo uno de estos tres ítems indica que la validez del protocolo del test es cuestionable y el clínico debe tener esta información en cuenta al interpretar los resultados de la prueba.
- 5) La puntuación directa de la escala X (Sinceridad) es menor que 34 o mayor que 178. Estas puntuaciones extremas indican que el examinado puede haber exagerado o minimizado determinados síntomas significativos hasta tal punto que no se pueden interpretar los resultados.
- 6) Ninguna de las puntuaciones PREV de las escalas de patrones clínicos de la personalidad (1 a 8B) es mayor que 59. En tal caso, no emerge ningún patrón claro de personalidad de los datos de la prueba y, por ello, no se debe intentar interpretar.

Normas de interpretación

Existen tres pasos en la interpretación del MCMI-III, primero, la evaluación de la validez del protocolo; segundo, la toma de decisiones diagnósticas acerca de las escalas por sí mismas; y tercero, la formulación del funcionamiento clínico general basándose en los patrones del perfil. Los pasos adicionales opcionales incluyen la integración de la información evolutiva e histórica y el estudio de los datos procedentes de los ítems del test.

Ahora bien, informar, que en el presente proyecto de investigación científica únicamente se tomaran en cuenta las dimensiones 1) Síndromes clínicos moderadamente graves y 2) Síndromes clínicos graves, ya que como es obvio solo estas dos dimensiones constituyen el estudio de una de las variables de investigación propuestos o que nos ocupa en el presente trabajo (Síndromes Clínicos, DSM-5).

3.6.2. CUESTIONARIO DE DATOS COMPLEMENTARIOS

Las conductas delictivas como las características sociodemográficas y delictivas de las mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz se evaluaron con el Cuestionario de Datos Complementarios desarrollado por Lequepi, M. J. (2016), que recoge información de tres aspectos de interés: 1) Datos demográficos, el cual tiene 5 preguntas; 2) Antecedentes penales, el cual tiene 7 preguntas; 3) Antecedentes clínicos, el cual tiene 10 preguntas. En total este cuestionario está constituido de 22 preguntas. Su aplicación es por entrevista clínica personal y en 15 minutos. Por su objetivo este cuestionario está dirigido únicamente para su aplicación en poblaciones penitenciarias femeninas. La calificación de la misma se lo efectúa en base al proceso y análisis de la estadística descriptiva (pp. 151 - 152).

También, aclarar o especificar, que solo se han evaluado los dos primeros aspectos o dimensiones con el Cuestionario de Datos Complementarios, y no se ha tomado en cuenta en esta investigación el tercer aspecto o dimensión, ya que el mismo no es de interés o no es parte de los objetivos específicos planteados a cumplir o a alcanzar en este trabajo.

3.7. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

El procesamiento de resultados de las variables, dimensiones e indicadores de estudio se ha efectuado mediante el análisis estadístico descriptivo (Hernández, R., et. al, 2014, pp. 282 - 294), que ha descrito o caracterizado en frecuencias y porcentajes la ocurrencia de los mismos. El análisis correlacional entre los síndromes clínicos (DSM-5) y las conductas delictivas violentas y no-violentas se ha llevado a cabo aplicando la prueba estadística paramétrica de coeficiente de correlación de Pearson (r) (Hernández, R., et. al, 1991, pp. 383 – 384 – 385 – 386), que evalúa el grado de relación entre dos variables. También, para verificar una vez más la correlación entre los síndromes clínicos (DSM-5) y las conductas delictivas violentas y no-violentas se ha efectuado análisis de estadística no paramétrica empleando la prueba de Ji cuadrada o Chi cuadrada (X^2) (Hernández, R., et. al, 1991, pp. 407 – 408), que evalúa hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas.

Es así que, tanto con la prueba de coeficiente de correlación de Pearson (r) como con la prueba de Ji cuadrada o Chi cuadrada (X^2) se ha observado o constatado el grado de relación existente entre los síndromes clínicos y las conductas delictivas violentas y no-violentas como se presentan en el apartado de resultados.

Así mismo, se han realizado los correspondientes análisis clínicos y delictivos descriptivos como correlacionales de las variables, dimensiones e indicadores de investigación.

3.8. AMBIENTE DE INVESTIGACIÓN

El trabajo de campo del presente proyecto de investigación científica se llevó a cabo en la biblioteca del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado, ya que la insuficiencia o la falta de ambientes o instalaciones para la atención psicológica individual y grupal de este recinto carcelario, hizo que se adecuara o adaptara el relevamiento o la evaluación de las variables, dimensiones e indicadores de investigación a la biblioteca de dicho penal, el cual contaba con buenas condiciones de privacidad, confort, temperatura, iluminación, espacio, tranquilidad, mobiliario, y otras características más, imprescindibles para realizar una adecuada evaluación psicológica y social.

3.9. PROCEDIMIENTO

En relación al procedimiento de investigación científica Hernández, R., et. al (1991) hace referencia a un proceso subsecuente y dinámico, que está constituida de diferentes etapas o fases predeterminadas desde su inicio, desarrollo, hasta su culminación.

Las etapas que ha seguido el presente proyecto de investigación científica en el estudio de los síndromes clínicos (DSM-5) y las conductas delictivas son los siguientes:

ETAPA 1. Elaboración y presentación del Perfil de Tesis de Grado Licenciatura.

ETAPA 2. Revisión y construcción del marco teórico.

ETAPA 3. Planteamiento del problema de investigación, en este apartado se han desarrollado o definido el área problemática, problema de investigación, pregunta general y específicas, objetivo general y específicos, hipótesis de investigación (Hi) y nula (Ho) como la justificación.

ETAPA 4. Definición de los criterios y procedimientos metodológicos, en esta etapa se han especificado el tipo o alcance del estudio, diseño de investigación, variables de estudio, definición conceptual o constitutiva de variables, operacionalización de variables, población, muestra, técnicas e instrumentos de investigación, análisis estadísticos, ambiente de investigación y procedimiento.

ETAPA 5. Aplicación o ejecución de la investigación (trabajo de campo).

1) Solicitud al Lic. Juan Carlos Limpías Director Nacional de Régimen Penitenciario de ingreso al Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz para concretar el trabajo de campo de la presente investigación científica, quien dio curso a dicha solicitud.

2) Posteriormente, se efectuó una entrevista y coordinación tanto con la Directora y Psicóloga/o del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado, donde se socializo o dio a conocer la presente investigación, haciendo hincapié en los objetivos a alcanzar y la metodología que se emplea en este estudio. Es así que, se organizó y obtuvo la colaboración necesaria para efectivizar la ejecución o aplicación de este trabajo de grado.

3) Primeramente, antes de la evaluación de las variables, dimensiones e indicadores de estudio a la muestra (n) o unidades de observación se les ha puesto a consideración el asentimiento informado (documento psicológico), donde les otorga el derecho de rechazar o aceptar libre y voluntariamente de ser evaluadas psicológicamente mediante la aplicación de los correspondientes instrumentos psicológicos.

4) Seguidamente, se ha evaluado los síndromes clínicos (DSM-5) a la muestra (n) de estudio con el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III) de Millon, T., Davis, R. y Millon, C.; adaptado al español por Cardenal Hernández, V. y Sánchez López, M.^a P. (2007) en grupos de dos, tres y cinco internas, según la adherencia a dicha evaluación. La técnica de evaluación con el MCMI-III fue de autoinforme.

5) Finalmente, se ha evaluado a cada una e individualmente con el Cuestionario de Datos Complementarios de Lequepi, M. J. (2016), por medio del mismo se ha llegado a recabar información o datos respecto a las conductas delictivas, a las características sociodemográficas y delictivas de las unidades de observación del presente estudio. La técnica de administración con el Cuestionario de Datos Complementarios fue por entrevista psicológica.

ETAPA 6. Codificación, análisis e interpretación de los datos cuantitativos y cualitativos encontrados o alcanzados de las variables, dimensiones e indicadores de estudio (Resultados, Conclusiones y Recomendaciones).

ETAPA 7. Integración y finalización del informe final del presente proyecto de investigación científica.

ETAPA 8. Sustentación o defensa de la presente Tesis de Grado Licenciatura.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

De acuerdo al planteamiento del problema como en cumplimiento o alcance tanto del objetivo general y específicos, el soporte del marco teórico, bajo las decisiones asumidas de los criterios y procedimientos metodológicos a implementar en el presente proyecto de investigación científica para el relevamiento o evaluación de los síndromes clínicos (DSM-5) y de las conductas delictivas (conductas delictivas violentas y conductas delictivas no-violentas) y probar la relación o correlación existente o no de estas dos variables de estudio en mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz” en este capítulo o apartado se presentan los datos o resultados alcanzados de una muestra (n) de investigación de 40 privadas de libertad por distintos delitos tipificados en el Código Penal, Ley N° 1768 (1997).

4.1. EN CUMPLIMIENTO O ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECÍFICO “DESCRIBIR LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DELICTIVAS DE LAS MUJERES PRIVADAS DE LIBERTAD DEL CENTRO PENITENCIARIO FEMENINO DE MIRAFLORES – RÉGIMEN CERRADO DE LA CIUDAD DE LA PAZ”

Tabla 1. *Valores descriptivos de edad*

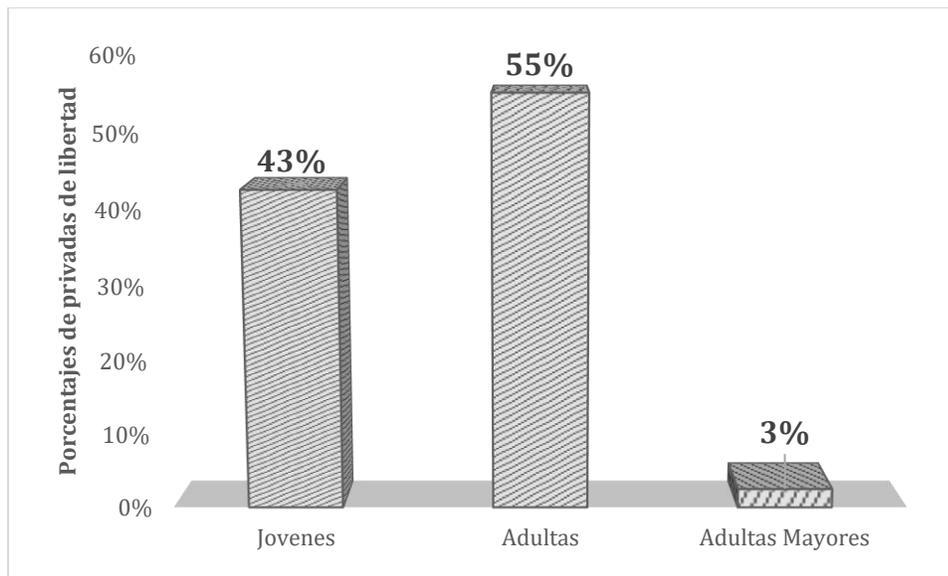
	N	Perdidos	Media	Mediana	Desviación Estandart	Mínimo	Máximo
Edad	40	0	35.3	35.5	11.9	18	62

En la tabla 1 se puede observar que el promedio de edad de la muestra de investigación de 40 mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz es de 35 años de edad y con una desviación estandar de 11.9, y en un rango de edades que van desde los 18 años a los 62 años.

Tabla 2. Frecuencia y porcentaje de edad categorizada

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Jóvenes	17	43%
Adultas	22	55%
Adultas Mayores	1	3%
Total	40	100%

Figura 1. Porcentaje de edad categorizada

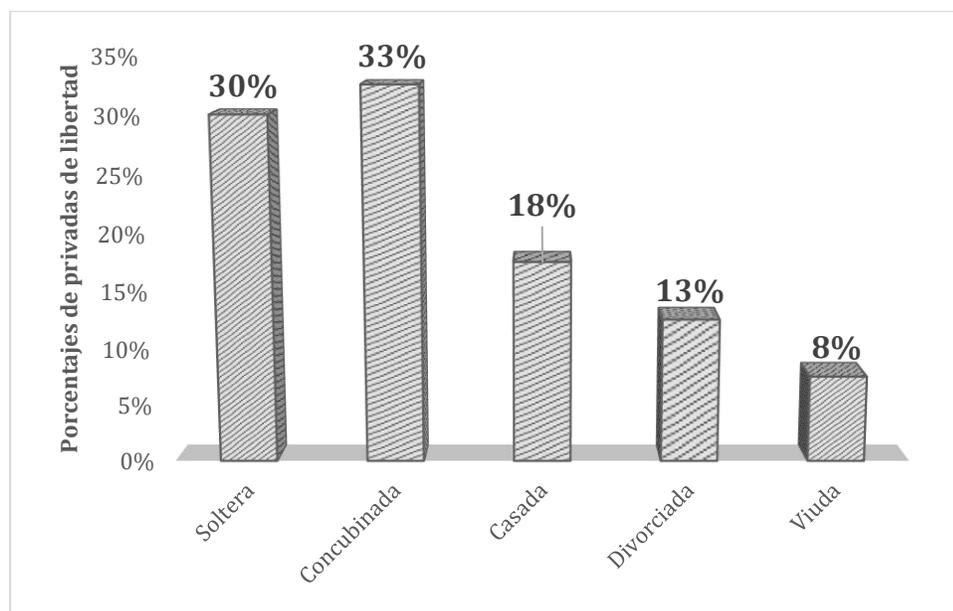


En la tabla 2 y figura 1 se pueden apreciar tanto la frecuencia como el porcentaje de la muestra de estudio de 40 mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz en función del rango de edad a la que pertenecen. En la correspondiente tabla y figura las mujeres adultas representan el 55% del total de la muestra de investigación (22 de 40 mujeres), seguido de las mujeres jóvenes con el 43% (17 de 40 mujeres) y finalmente están las mujeres adultas mayores con el 3% (1 de 40 mujeres).

Tabla 3. *Frecuencia y porcentaje de estado civil*

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	12	30%
Concubinada	13	33%
Casada	7	18%
Divorciada	5	13%
Viuda	3	8%
Total	40	100%

Figura 2. *Porcentaje de estado civil*

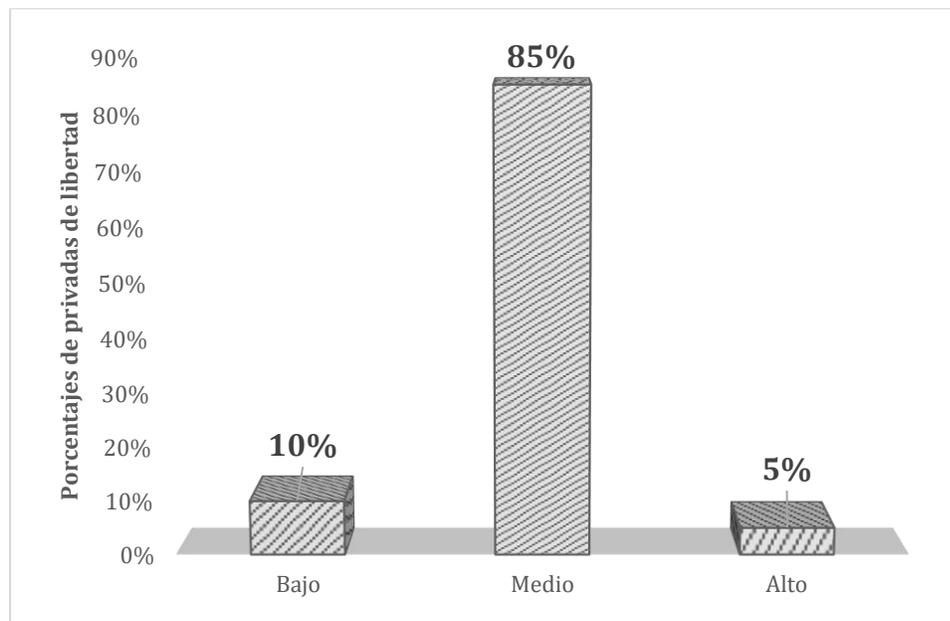


En la tabla 3 y figura 2 se pueden apreciar tanto la frecuencia como el porcentaje de la muestra de investigación de 40 mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz en relación a su estado civil. En la indicada tabla y figura las mujeres en concubinato representan el 33% del total de la muestra de estudio (13 de 40 mujeres), seguido de las mujeres solteras con el 30% (12 de 40 mujeres), continúan las mujeres casadas con el 18% (7 de 40 mujeres), luego están las mujeres divorciadas con el 13% (5 de 40 mujeres) y finalmente están las mujeres viudas con el 8% (3 de 40 mujeres).

Tabla 4. *Frecuencia y porcentaje de estatus social*

Estatus social	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	4	10%
Medio	34	85%
Alto	2	5%
Total	40	100%

Figura 3. *Porcentaje de estatus social*

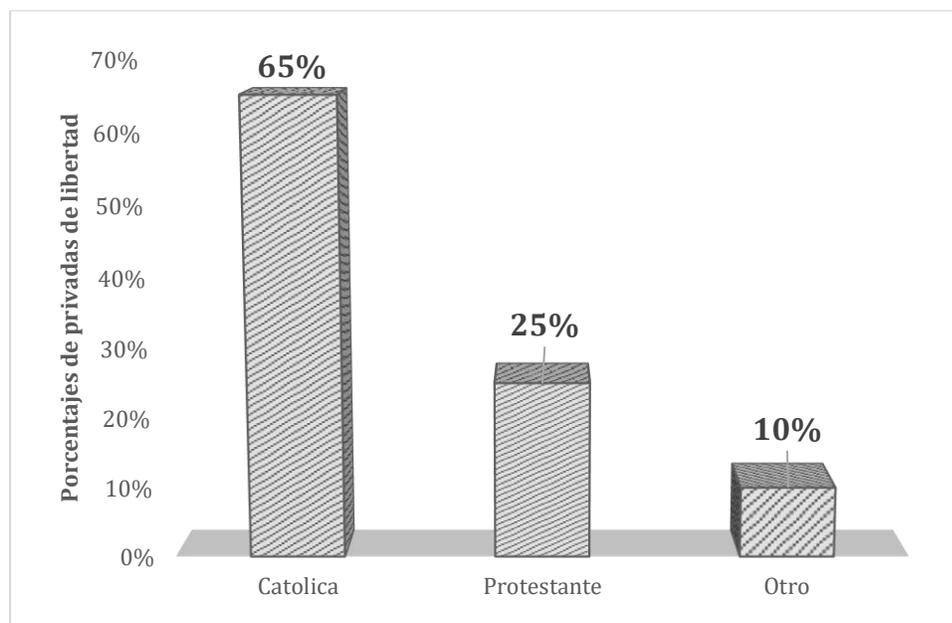


En la tabla 4 y figura 3 se pueden observar tanto la frecuencia como el porcentaje de la muestra de estudio de 40 mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz en relación a su estatus social. En la respectiva tabla y figura las mujeres de estatus social medio representan el 85% del total de la muestra de investigación (34 de 40 mujeres), seguido de mujeres de estatus social bajo con el 10% (4 de 40 mujeres) y finalmente están las mujeres de estatus social alto con el 5% (2 de 40 mujeres).

Tabla 5. Frecuencia y porcentaje de religión

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	26	65%
Protestante	10	25%
Otro	4	10%
Total	40	100%

Figura 4. Porcentaje de religión

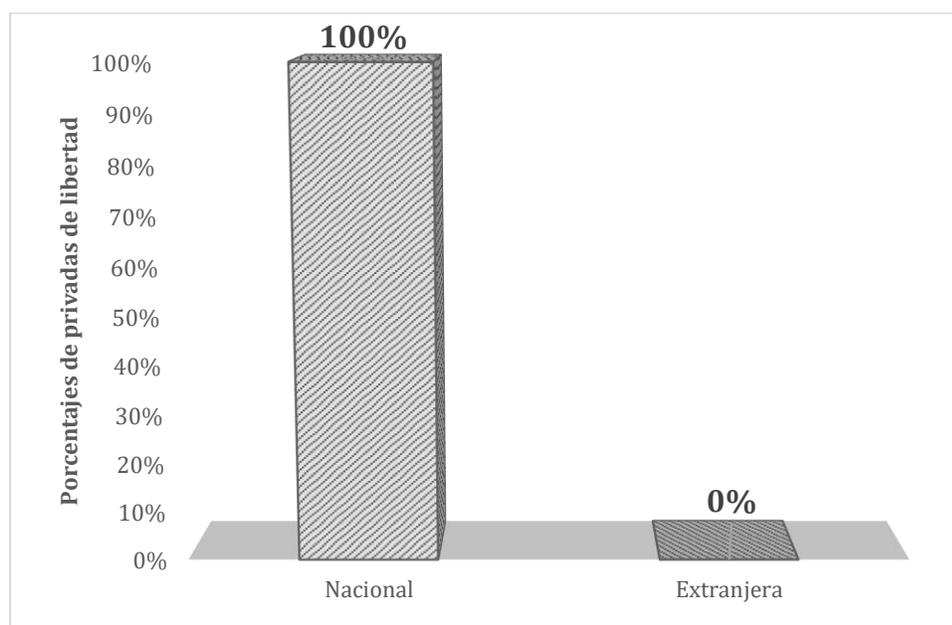


En la tabla 5 y figura 4 se pueden apreciar la distribución en frecuencia y porcentaje sobre la muestra de estudio de 40 mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz respecto a su religión. En la correspondiente tabla y figura la mayoría de las mujeres se identifican como católicas representando el 65% del total de la muestra de investigación (26 de 40 mujeres), seguido de las mujeres quienes se consideran protestantes con el 25% (10 de 40 mujeres) y finalmente están las mujeres con el 10% (4 de 40 mujeres), que se adscriben a una determinada religión distinta a las dos religiones anteriormente mencionadas.

Tabla 6. Frecuencia y porcentaje de nacionalidad

Nacionalidad	Frecuencia	Porcentaje
Nacional	40	100%
Extranjera	0	0%
Total	40	100%

Figura 5. Porcentaje de nacionalidad

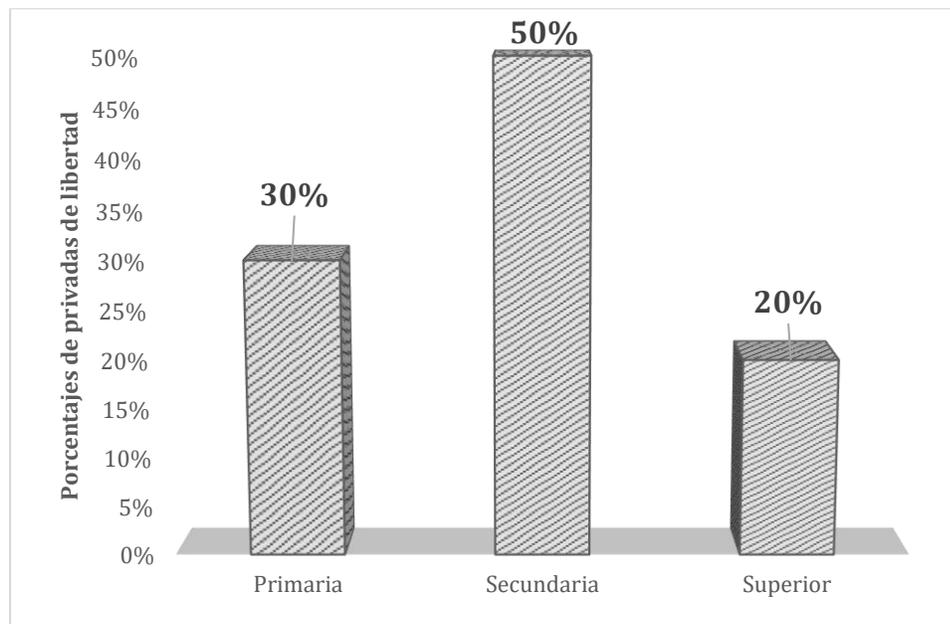


En la tabla 6 y figura 5 se puede observar la frecuencia y porcentaje de la muestra de investigación de 40 mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz en relación a su nacionalidad. En la indicada tabla y figura el total o al 100% de las mujeres son de nacionalidad boliviana del total de la muestra de estudio, y se evidencia que no existió ninguna participante extranjera o de nacionalidad externa en el presente proyecto de investigación científica.

Tabla 7. Frecuencia y porcentaje del nivel de educación

Nivel de educación	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	12	30%
Secundaria	20	50%
Superior	8	20%
Total	40	100%

Figura 6. Porcentaje del nivel de educación

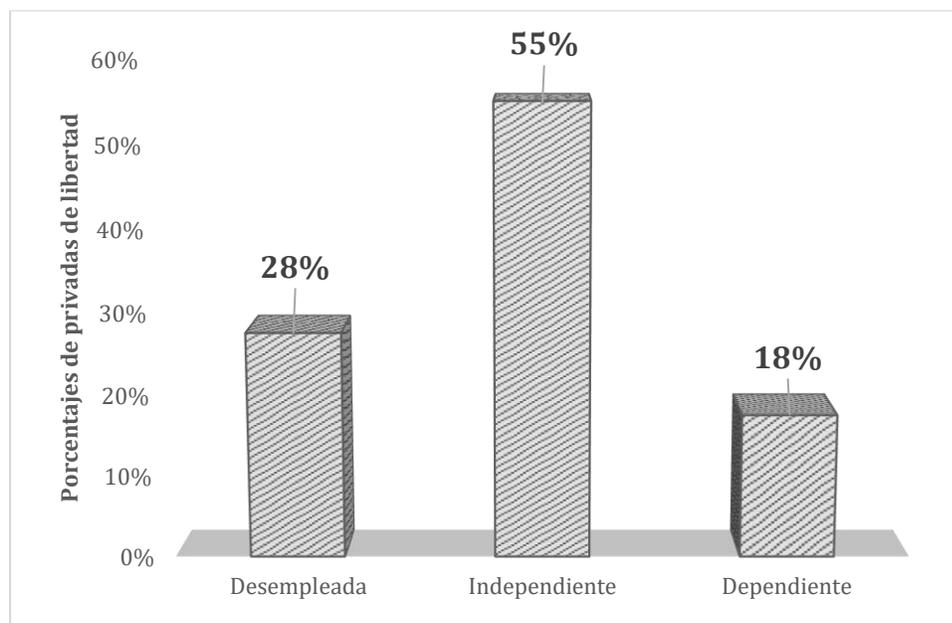


En la tabla 7 y figura 6 se pueden apreciar la distribución en frecuencia y porcentaje de la muestra de investigación de 40 mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz respecto a su nivel de educación. En la respectiva tabla y figura la mayoría de las mujeres obtuvieron un nivel de educación hasta secundaria con el 50% del total de la muestra de estudio (20 de 40 mujeres), seguido de las mujeres quienes alcanzaron un nivel de educación hasta primaria con el 30% (12 de 40 mujeres) y finalmente están las mujeres que alcanzaron un nivel de educación superior con el 20% (8 de 40 mujeres).

Tabla 8. Frecuencia y porcentaje del tipo de ocupación

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Desempleada	11	28%
Independiente	22	55%
Dependiente	7	18%
Total	40	100%

Figura 7. Porcentaje del tipo de ocupación

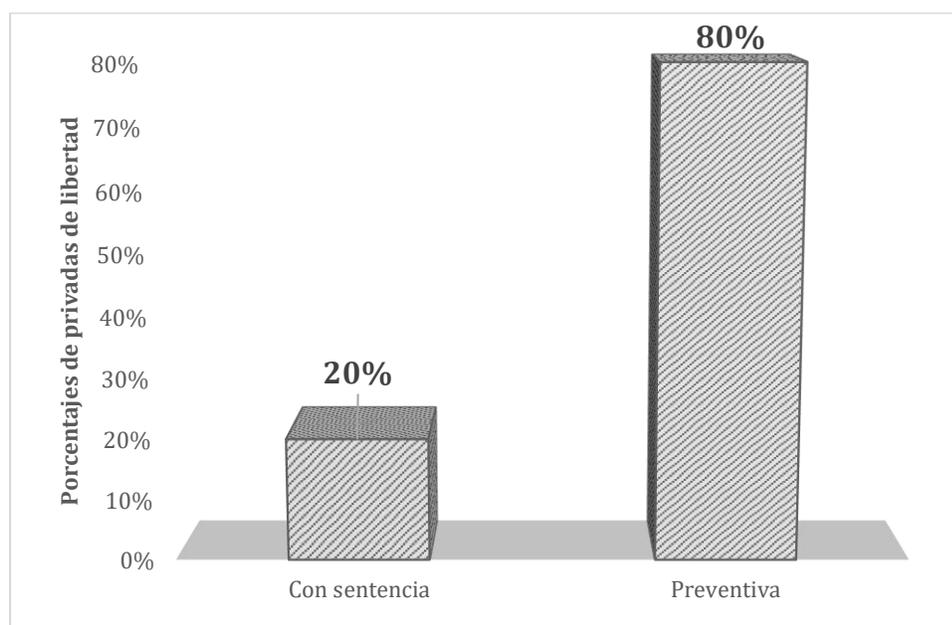


En la tabla 8 y figura 7 se pueden observar la frecuencia y porcentaje de la muestra de estudio de 40 mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz en relación al tipo de trabajo u ocupación que desempeñaban antes de su reclusión. En la indicada tabla y figura la mayoría de las mujeres desarrollaban un trabajo independiente con el 55% del total de la muestra de investigación (22 de 40 mujeres), seguido de las mujeres que estaban desempleadas o no tenían una determinada actividad laboral con el 28% (11 de 40 mujeres) y finalmente están las mujeres que realizaban una actividad laboral dependiente antes de su reclusión con el 18% (7 de 40 mujeres).

Tabla 9. Frecuencia y porcentaje de la situación o estado jurídico

Estado jurídico	Frecuencia	Porcentaje
Con sentencia	8	20%
Preventiva	32	80%
Total	40	100%

Figura 8. Porcentaje de la situación o estado jurídico

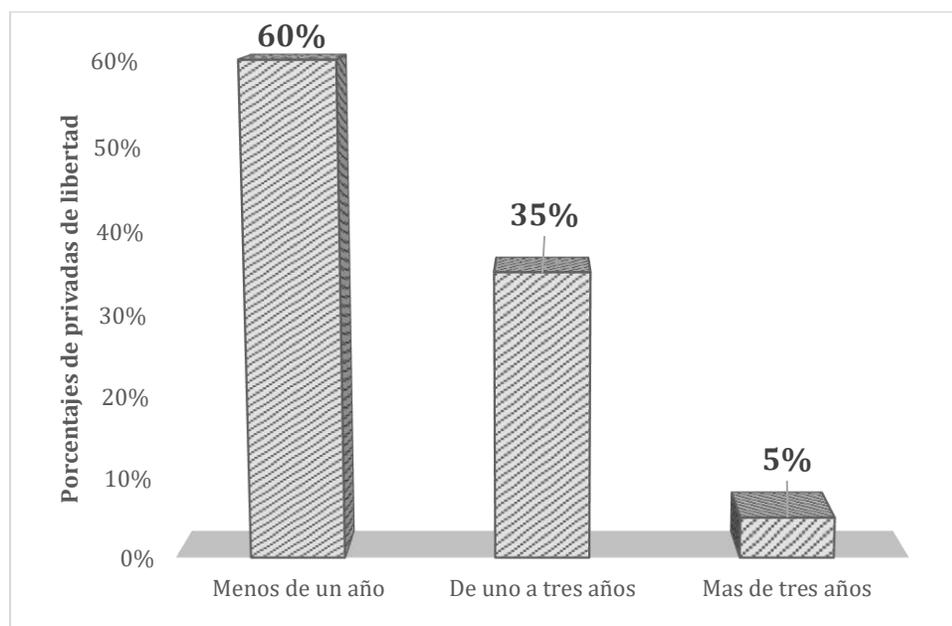


En la tabla 9 y figura 8 se pueden verificar la distribución en frecuencia y porcentaje de la muestra de estudio de 40 mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz en relación a su situación o estado jurídico. En la correspondiente tabla y figura la mayoría de las mujeres están recluidas preventivamente o aún están en proceso de investigación con el 80% del total de la muestra de investigación (32 de 40 mujeres) y el restante de las mujeres ya cuentan con una sentencia o resolución condenatoria penal con el 20% (8 de 40 mujeres).

Tabla 10. Frecuencia y porcentaje del tiempo de reclusión

Tiempo de reclusión	Frecuencia	Porcentaje
Menos de un año	24	60%
De uno a tres años	14	35%
Más de tres años	2	5%
Total	40	100%

Figura 9. Porcentaje del tiempo de reclusión

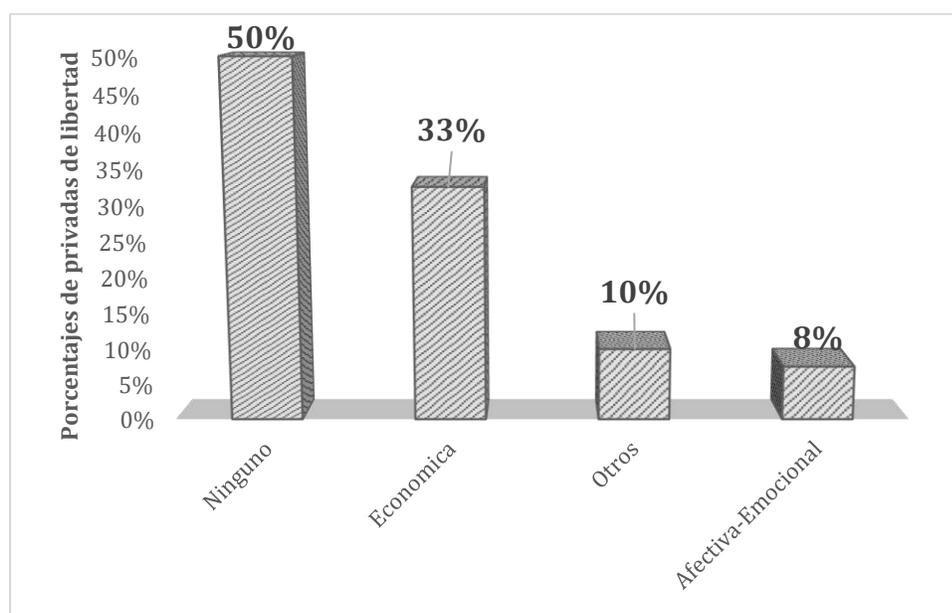


En la tabla 10 y figura 9 se pueden observar la distribución en frecuencia y porcentaje de la muestra de estudio de 40 mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz respecto al tiempo de reclusión. En la indicada tabla y figura la mayoría de las mujeres llevan menos de un año de reclusión con el 60% del total de la muestra de estudio (24 de 40 mujeres), seguido de las mujeres quienes están de uno a tres años detenidas con el 35% (14 de 40 mujeres) y finalmente están las mujeres que llevan más de tres años recluidas con el 5% (2 de 40 mujeres).

Tabla 11. Frecuencia y porcentaje de las causas del delito cometido

Causas del delito	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	20	50%
Económica	13	33%
Otros	4	10%
Afectiva-Emocional	3	8%
Total	40	100%

Figura 10. Porcentaje de las causas del delito cometido

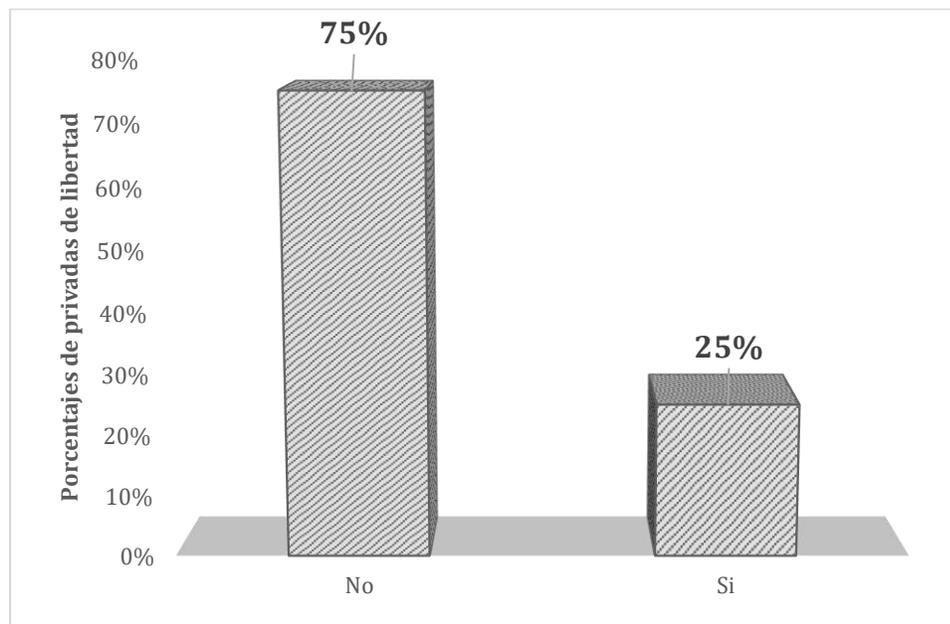


En la tabla 11 y figura 10 se pueden verificar la frecuencia y el porcentaje de la muestra de estudio de 40 mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz en relación a las causas del delito cometido. En la correspondiente tabla y figura la mayoría de las mujeres respondieron en la opción ninguno representando el 50% del total de la muestra de investigación (20 de 40 mujeres), seguido de las mujeres quienes cometieron el determinado delito por causas económicas con el 33% (13 de 40 mujeres), luego están las mujeres que respondieron en la opción otros con el 10% (4 de 40 mujeres) y finalmente están las mujeres que cometieron el determinado delito por causas afectivo-emocionales con el 8% (3 de 40 mujeres).

Tabla 12. *Frecuencia y porcentaje de reincidencia*

Reincidencia	Frecuencia	Porcentaje
No	30	75%
Si	10	25%
Total	40	100%

Figura 11. *Porcentaje de reincidencia*



En la tabla 12 y figura 11 se pueden apreciar tanto la frecuencia como el porcentaje de la muestra de estudio de 40 mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz respecto a la reincidencia. En la respectiva tabla y figura la mayoría de las mujeres no son reincidentes o en su caso es la primera vez que se encuentran recluidas con el 75% del total de la muestra de investigación (30 de 40 mujeres) y el restante de las mujeres si son reincidentes con el 25% (10 de 40 mujeres).

4.2. EN CUMPLIMIENTO O ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECIFICO “EVALUAR LOS SÍNDROMES CLÍNICOS (DSM-5) EN MUJERES PRIVADAS DE LIBERTAD DEL CENTRO PENITENCIARIO FEMENINO DE MIRAFLORES – RÉGIMEN CERRADO DE LA CIUDAD DE LA PAZ”

Antes de pasar a describir los datos recolectados sobre los síndromes clínicos (DSM-5), una vez más recalcar que los análisis e inferencias correspondientes a la indicada variable de investigación se han llevado a cabo de acuerdo a los criterios teórico – metodológicos de interpretación del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III) desarrollado por Millon, T., Davis, R. y Millon, C.; adaptado al español por Cardenal Hernández, V. y Sánchez López, M.^a P. (2007), y según los siguientes pasos:

- a) Evaluación de la validez del protocolo: Que hace referencia a la fiabilidad o validez del MCMI-III y se determina por cuatro índices de validez (escalas de control), 1) V Validez; 2) X Sinceridad; 3) Y Deseabilidad social; 4) Z Devaluación. Es así que, el total de la muestra de estudio de 40 mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz evaluadas con el MCMI-III cumplen o se encuentran dentro de los parámetros exigidos de validez en relación a los cuatro índices de validez, y en consecuencia pueden ser inferidos o interpretados convincentemente en el presente trabajo de grado.
- b) Toma de decisiones diagnosticas acerca de las escalas por si mismas: Para el diagnóstico de los síndromes clínicos (DSM-5) en base al manual del MCMI-III y del diagnóstico diferencial clínico psicológico se ha tomado el mayor puntaje de Prevalencia (PREV o BR) obtenidos en cada uno de los 40 inventarios o protocolos desarrollados por las 40 mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado (muestra de estudio) para los correspondientes análisis estadísticos descriptivo correlacionales efectuados en el presente proyecto de investigación científica respecto a la variable de estudio síndromes clínicos (DSM-5).
- c) Formulación del funcionamiento clínico general basándose en los patrones del perfil: Este paso se presenta en las tablas, figuras y descripción cualitativa seguidamente sobre la muestra de estudio de 40 mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz.

De acuerdo al modelo de evaluación planteado en el MCMI-III sobre los trastornos de personalidad y los síndromes clínicos (DSM-5) tanto a los patrones o trastornos de la personalidad como a los síndromes clínicos se los ha subdividido según su gravedad clínica en dos grupos (Millon, T., et. al, 2006), y los síndromes clínicos están divididos en los siguientes grupos:

a) Síndromes clínicos moderadamente graves

Esta dimensión está constituida: Trastorno de ansiedad (escala A), Trastorno somatomorfo (escala H), Trastorno bipolar (escala N), Trastorno distímico (escala D), Dependencia del alcohol (escala B), Dependencia de sustancias (escala T) y Trastorno de estrés postraumático (escala R).

b) Síndromes clínicos graves

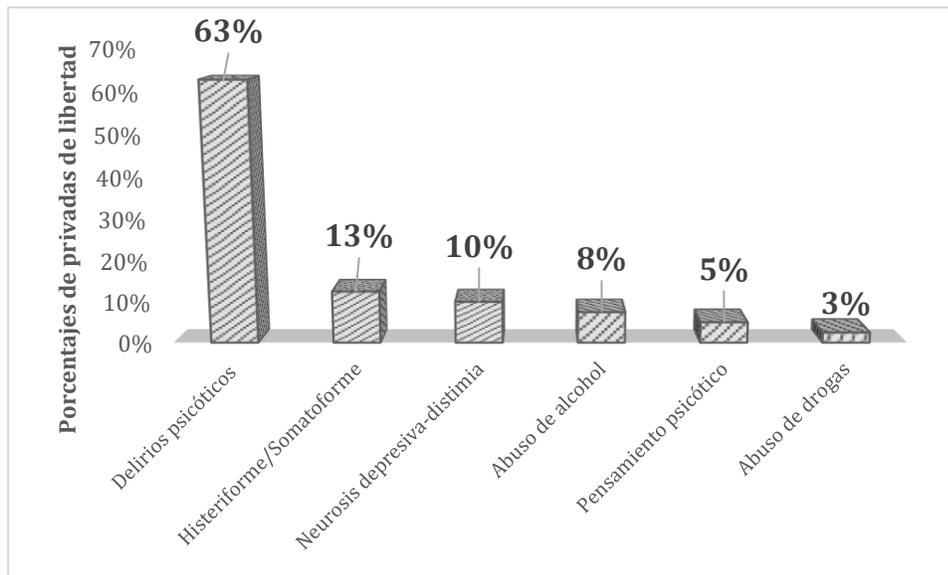
En esta dimensión están: Trastorno del pensamiento (escala SS), Depresión mayor (escala CC) y Trastorno delirante (escala PP).

Finalmente informar, que toda la muestra de estudio de 40 mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz están en el intervalo de 75 a 84 o de 85 a más respecto al Puntaje Directo (PD) o Bruto y en consecuencia a la Prevalencia (PREV o BR). Por lo tanto, los 40 inventarios o protocolos evaluados a la muestra de estudio están dentro de las normas o criterios de aplicación y corrección exigidos taxativamente por el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III) desarrollado por Millon, T., Davis, R. y Millon, C.; adaptado al español por Cardenal Hernández, V. y Sánchez López, M.^a P. (2007).

Tabla 13. Frecuencia y porcentaje de los síndromes clínicos (DSM-5)

Síndromes clínicos	Frecuencia	Porcentaje
Delirios psicóticos	25	63%
Histeriforme/somatoforme	5	13%
Neurosis depresiva-distimia	4	10%
Abuso de alcohol	3	8%
Pensamiento psicótico	2	5%
Abuso de drogas	1	3%
Total	40	100%

Figura 12. Porcentaje de los síndromes clínicos (DSM-5)



En la tabla 13 y figura 12 se pueden apreciar el análisis estadístico clínico en uno solo de los dos grupos de los síndromes clínicos (DSM-5) (síndromes clínicos moderadamente graves y síndromes clínicos graves) de la muestra de estudio de 40 mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz donde principalmente la mayoría de las mujeres presenta el síndrome de Delirios Psicóticos (del grupo síndromes clínicos graves) con el 63% del total de la muestra de estudio (25 de 40 mujeres), seguido de las mujeres quienes presentan el síndrome Histeriforme/Somatoforme (del grupo síndromes clínicos moderadamente graves) con el 13% (5 de 40 mujeres), luego están las mujeres que presentan el síndrome de Neurosis Depresiva-Distimia (del grupo síndromes clínicos moderadamente graves) con el 10% (4 de 40 mujeres), a continuación están las mujeres que presentan el síndrome Abuso de Alcohol (del grupo síndromes clínicos moderadamente graves) con el 8% (3 de 40 mujeres), después están las mujeres que presentan el síndrome del Pensamiento Psicótico (del grupo síndromes clínicos graves) con el 5% (2 de 40 mujeres) y finalmente está una mujer que presenta el síndrome Abuso de Drogas (del grupo síndromes clínicos moderadamente graves) con el 3% (1 de 40 mujeres).

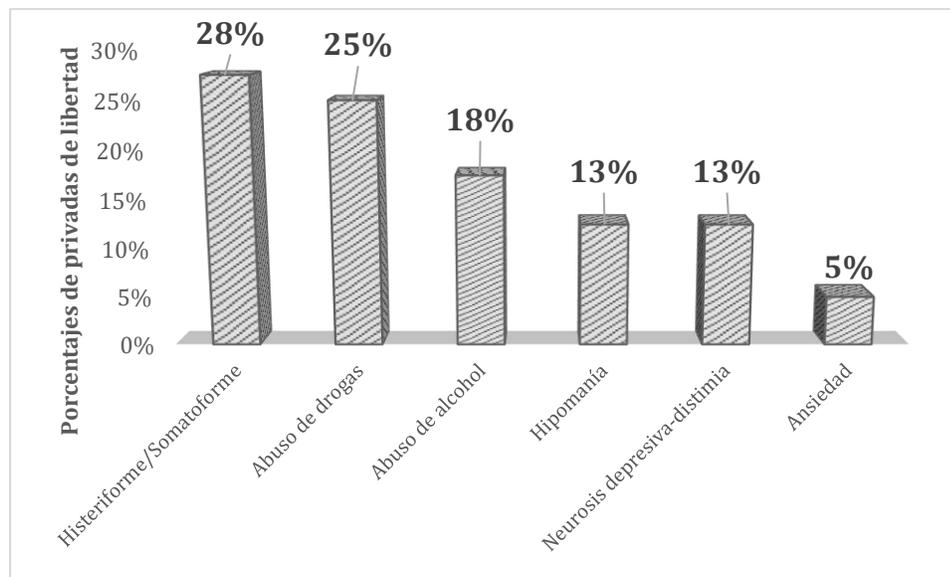
Los demás síndromes clínicos (DSM-5) tanto del grupo síndromes clínicos moderadamente graves como del grupo síndromes clínicos graves no se encuentran presentes o en su caso como se evidencia del análisis estadístico clínico ninguna de las 40 (n) mujeres privadas de libertad del

Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz presenta o tiene aquellos cuadros clínicos.

Tabla 14. Frecuencia y porcentaje del grupo de los síndromes clínicos moderadamente graves

Síndromes clínicos moderadamente graves	Frecuencia	Porcentaje
Histeriforme/Somatoforme	11	28%
Abuso de drogas	10	25%
Abuso de alcohol	7	18%
Hipomanía	5	13%
Neurosis depresiva-distimia	5	13%
Ansiedad	2	5%
Total	40	100%

Figura 13. Porcentaje del grupo de los síndromes clínicos moderadamente graves



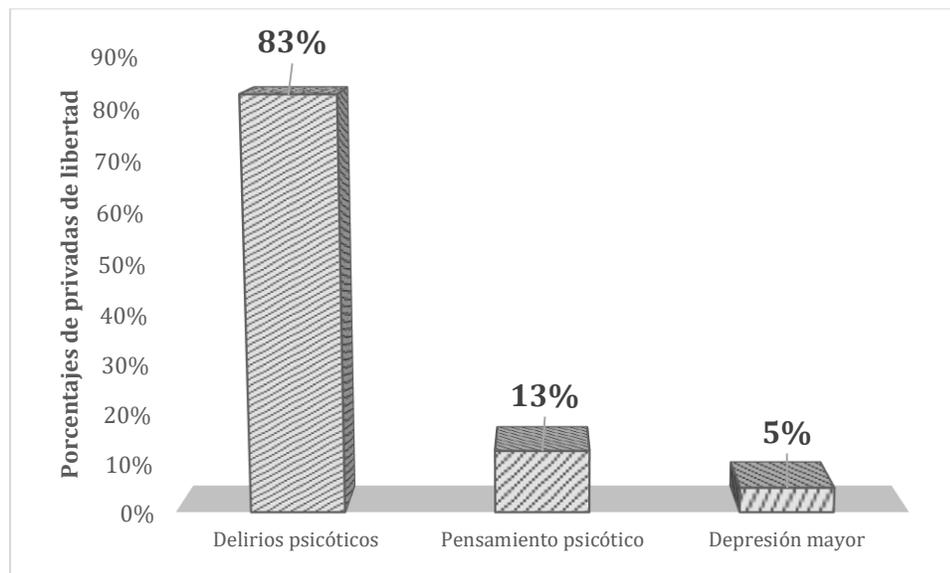
En la tabla 14 y figura 13 se pueden observar el análisis estadístico clínico solo del grupo síndromes clínicos moderadamente graves de la muestra de estudio de 40 mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz donde la mayoría de las mujeres presenta el síndrome Histeriforme/Somatoforme con el 28% del total de la muestra de investigación (11 de 40 mujeres), después están las mujeres que presentan el síndrome Abuso de Drogas con el 25% (10 de 40 mujeres), a continuación están las mujeres que presentan el síndrome Abuso del Alcohol con el 18% (7 de 40 mujeres), luego se encuentran las mujeres que

tienen síndrome Hipomanía con el 13% (5 de 40 mujeres), siguen las mujeres que presentan síndrome Neurosis Depresiva-Distimia con el 13% (5 de 40 mujeres) y finalmente están las mujeres que tienen el síndrome de Ansiedad con el 5% (2 de 40 mujeres).

Tabla 15. Frecuencia y porcentaje del grupo de los síndromes clínicos graves

Síndromes clínicos graves	Frecuencia	Porcentaje
Delirios psicóticos	33	83%
Pensamiento psicótico	5	13%
Depresión mayor	2	5%
Total	40	100%

Figura 14. Porcentaje del grupo de los síndromes clínicos graves

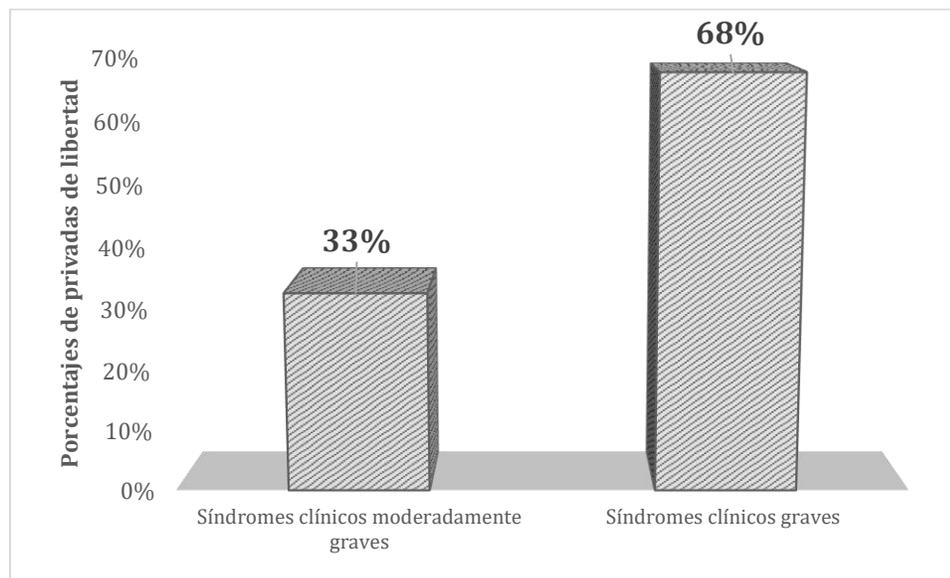


En la tabla 15 y figura 14 se pueden verificar el análisis estadístico clínico solo del grupo síndromes clínicos graves de la muestra de estudio de 40 mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz donde la mayoría de las mujeres presenta el síndrome Delirios Psicóticos con el 83% del total de la muestra de estudio (33 de 40 mujeres), seguido de las mujeres que presentan el síndrome Pensamiento Psicótico con el 13% (5 de 40 mujeres) y finalmente están las mujeres que tienen el síndrome de Depresión Mayor con el 5% (2 de 40 mujeres).

Tabla 16. Frecuencia y porcentaje total de los dos grupos de los síndromes clínicos (DSM-5)

Total por grupos de los síndromes clínicos	Frecuencia	Porcentaje
Síndromes clínicos moderadamente graves	13	33%
Síndromes clínicos graves	27	68%
Total	40	100%

Figura 15. Porcentaje total de los dos grupos de los síndromes clínicos (DSM-5)



En la tabla 16 y figura 15 se puede apreciar el análisis estadístico clínico total de los dos grupos de los síndromes clínicos (DSM-5) de la muestra de investigación de 40 mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz donde la mayoría de las mujeres presenta uno de los síndromes clínicos del grupo de los síndromes clínicos graves con el 68% del total de la muestra de estudio (27 de 40 mujeres) y el restante de las mujeres presenta uno de los síndromes clínicos del grupo de los síndromes clínicos moderadamente graves con el 33% (13 de 40 mujeres).

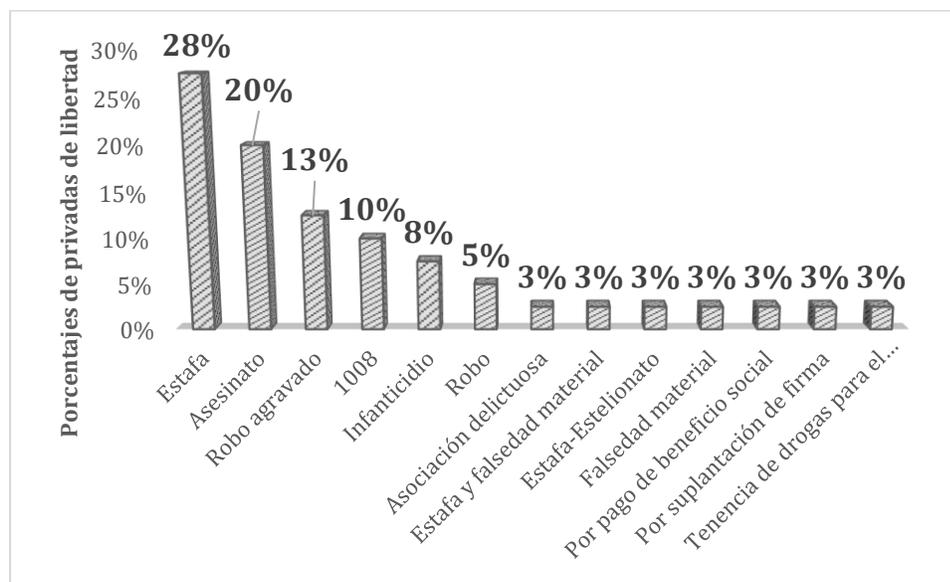
4.3. EN CUMPLIMIENTO O ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECÍFICO "DESCRIBIR LAS CONDUCTAS DELICTIVAS DE LAS MUJERES PRIVADAS DE LIBERTAD DEL CENTRO PENITENCIARIO FEMENINO DE MIRAFLORES – RÉGIMEN CERRADO DE LA CIUDAD DE LA PAZ"

Antes de ingresar a describir los datos relevados sobre las conductas delictivas es necesario hacer notar o sustentar, que las conductas delictivas en el presente estudio son analizadas desde la perspectiva legal-penal como bien se señala en la definición conceptual o constitutiva de variables del presente estudio (Capítulo III, Metodología), así mismo, informar que dichas conductas delictivas desde la perspectiva legal-penal se los ha subdividido, 1) en conductas delictivas violentas y 2) en conductas delictivas no-violentas, desde el soporte bibliográfico de Weiner y Wolfgang (1989), citado en Echeburúa, E. (1998, p. 277) y en base a la propuesta realizada por Echeburúa, E. (1998, p. 277) donde los delincuentes violentos corresponderían a los delitos contra las personas (asesinatos, infanticidios, feminicidios, homicidio no involuntario, lesiones graves o muy graves, entre otros); contra la propiedad (robos con violencia o intimidación, los asaltos, etc.); los delitos sexuales (violaciones, agresiones sexuales, tentativa de violación, y otros); delitos violentos relacionados con el consumo y tráfico de sustancias tóxicas; delincuentes violentos con psicopatologías graves. Por otro lado, se consideran a los delincuentes no-violentos a todos aquellos quienes cometen cualquier tipo de delito pero que dichos delitos no están catalogados o estipulados como delitos violentos.

Tabla 17. Frecuencia y porcentaje de las conductas delictivas

Conductas delictivas	Frecuencia	Porcentaje
Estafa	11	28%
Asesinato	8	20%
Robo agravado	5	13%
1008	4	10%
Infanticidio	3	8%
Robo	2	5%
Asociación delictuosa	1	3%
Estafa y falsedad material	1	3%
Estafa-Estelionato	1	3%
Falsedad material	1	3%
Por pago de beneficio social	1	3%
Por suplantación de firma	1	3%
Tenencia de drogas para el consumo	1	3%
Total	40	100%

Figura 16. Porcentaje de las conductas delictivas



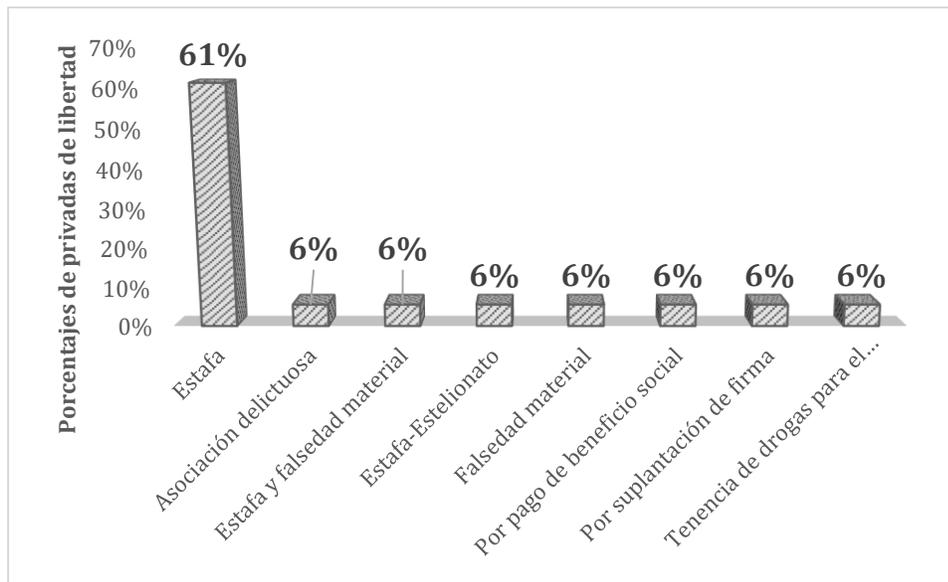
En la tabla 17 y figura 16 se pueden apreciar la frecuencia y porcentaje de las conductas delictivas cometidas de la muestra de estudio de 40 mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz donde la mayoría de las mujeres cometieron el delito de estafa con el 28% del total de la muestra de investigación (11 de 40

mujeres), seguido de las mujeres que cometieron el delito de asesinato con el 20% (8 de 40 mujeres), después están las mujeres que cometieron el delito de robo agravado con el 13% (5 de 40 mujeres), posteriormente están las mujeres que cometieron el delito de la Ley 1008 con el 10% (4 de 40 mujeres), luego están las mujeres que cometieron el delito de infanticidio con el 8% (3 de 40 mujeres), a continuación están las mujeres que cometieron el delito de robo con el 5% (2 de 40 mujeres) y finalmente están las mujeres que cometieron los delitos de asociación delictuosa, estafa y falsedad material, estafa-estelionato, falsedad material, por pago de beneficio social, por suplantación de firma y por tenencia de drogas para el consumo en cada uno de los delitos mencionados con el 3% (7 de 40 mujeres, una en cada delito cometido).

Tabla 18. *Frecuencia y porcentaje de las conductas delictivas no-violentas*

Conductas delictivas no-violentas	Frecuencia	Porcentaje
Estafa	11	61%
Asociación delictuosa	1	6%
Estafa y falsedad material	1	6%
Estafa-Estelionato	1	6%
Falsedad material	1	6%
Por pago de beneficio social	1	6%
Por suplantación de firma	1	6%
Tenencia de drogas para el consumo	1	6%
Total	18	100%

Figura 17. Porcentaje de las conductas delictivas no-violentas

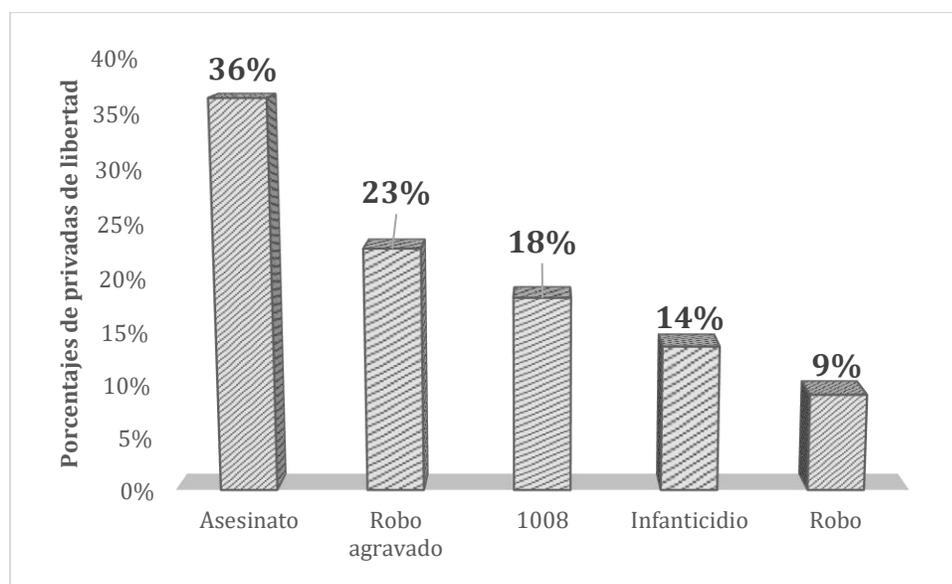


En la tabla 18 y figura 17 se observan la frecuencia y porcentaje de las conductas delictivas no-violentas cometidas de la muestra de estudio de 40 mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz donde la mayoría de las mujeres cometieron el delito de estafa con el 61% del total de la muestra de investigación (11 de 18 mujeres) y finalmente están las mujeres que cometieron los delitos de asociación delictuosa, estafa y falsedad material, estafa-estelionato, falsedad material, por pago de beneficio social, por suplantación de firma y tenencia de drogas para el consumo en cada uno de los delitos mencionados con el 6% (7 de 18 mujeres, una en cada delito cometido).

Tabla 19. Frecuencia y porcentaje de las conductas delictivas violentas

Conductas delictivas violentas	Frecuencia	Porcentaje
Asesinato	8	36%
Robo agravado	5	23%
1008	4	18%
Infanticidio	3	14%
Robo	2	9%
Total	22	100%

Figura 18. Porcentaje de las conductas delictivas violentas

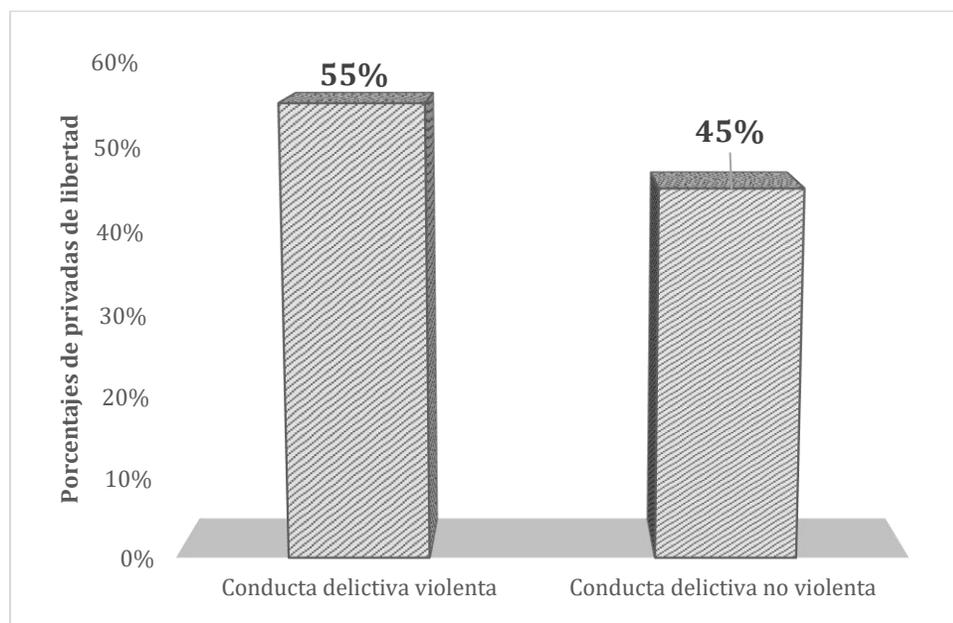


En la tabla 19 y figura 18 se pueden apreciar la frecuencia y porcentaje de las conductas delictivas violentas cometidas de la muestra de estudio de 40 mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz donde la mayoría de las mujeres cometieron el delito de asesinato con el 36% del total de la muestra de investigación (8 de 22 mujeres), seguido de las mujeres que cometieron el delito de robo agravado con el 23% (5 de 22 mujeres), a continuación están las mujeres que cometieron el delito de la Ley 1008 con el 18% (4 de 22 mujeres), después están las mujeres que cometieron el delito de infanticidio con el 14% (3 de 22 mujeres) y finalmente están las mujeres que cometieron el delito de robo con el 9% (2 de 22 mujeres).

Tabla 20. Frecuencia y porcentaje total de los dos grupos de las conductas delictivas

Total por grupos de las conductas delictivas	Frecuencia	Porcentaje
Conductas delictivas violentas	22	55%
Conductas delictivas no-violentas	18	45%
Total	40	100%

Figura 19. Porcentaje total de los dos grupos de las conductas delictivas



En la tabla 20 y figura 19 se pueden verificar la frecuencia y porcentaje total de los dos grupos de las conductas delictivas de la muestra de investigación de 40 mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz donde la mayoría de las mujeres cometieron conductas delictivas violentas con el 55% del total de la muestra de estudio (22 de 40 mujeres) y el restante de las mujeres cometieron conductas delictivas no-violentas con el 45% (18 de 40 mujeres).

4.4. EN CUMPLIMIENTO O ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECÍFICO “CORRELACIONAR ENTRE LOS SÍNDROMES CLÍNICOS (DSM-5) Y LAS CONDUCTAS DELICTIVAS VIOLENTAS Y NO-VIOLENTAS EN MUJERES PRIVADAS DE LIBERTAD DEL CENTRO PENITENCIARIO FEMENINO DE MIRAFLORES – RÉGIMEN CERRADO DE LA CIUDAD DE LA PAZ”

Finalmente, informar, que la comprobación de la hipótesis de investigación (Hi) planteado o puesta a prueba en el presente proyecto de investigación científica se lo ha efectuado mediante la aplicación del estadístico paramétrico correlacional lineal de Pearson (r) (Hernández, R., et. al, 1991, pp. 383 – 384 – 385 – 386) como bien se fundamenta o señala en el punto de “análisis estadísticos” (Capítulo III, Metodología) del presente trabajo. Ahora bien, los análisis estadísticos correlacionales correspondientes con el estadístico paramétrico correlacional lineal de Pearson (r) específicamente se llevaron a cabo entre los síndromes clínicos (DSM-5) con el nivel de violencia en las conductas delictivas cometidas (violentas y no-violentas) en la muestra de estudio de 40 mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz.

Tabla 21. *Matriz de correlaciones entre los síndromes clínicos (DSM-5) y el nivel de violencia en las conductas delictivas (violentas y no-violentas)*

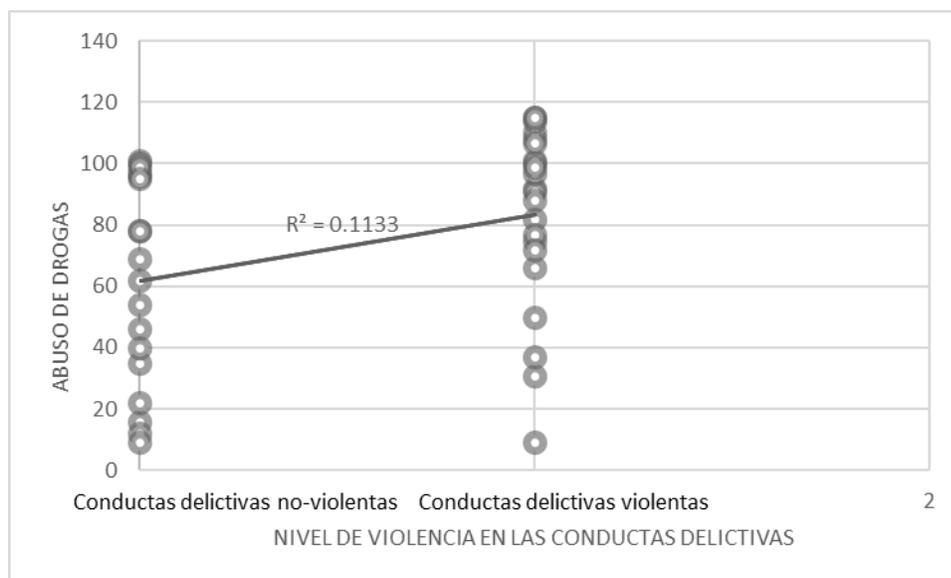
	Correlación	Violencia
Ansiedad	R de Pearson	0.04
	valor p	0.8069
Histeriforme/Somatoforme	R de Pearson	0.005
	valor p	0.9733
Hipomanía	R de Pearson	0.028
	valor p	0.8652
Neurosis depresiva-distimia	R de Pearson	0.212
	valor p	0.1885
Abuso de alcohol	R de Pearson	0.3
	valor p	0.0501*
Abuso de drogas	R de Pearson	0.337
	valor p	0.0337*
Pensamiento psicótico	R de Pearson	0.294
	valor p	0.0556*
Depresión mayor	R de Pearson	0.31

Delirios psicóticos	valor p	0.0513*
	R de Pearson	-0.072
	valor p	0.6594

*Significativo al nivel de 0,05

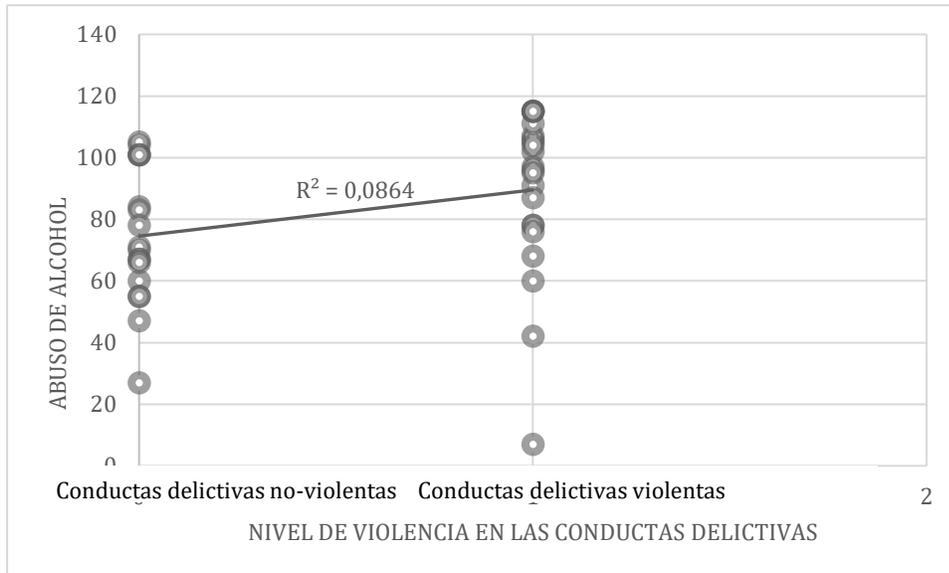
En la tabla 21 se observan los síndromes clínicos (DSM-5) que se correlacionan con el nivel de violencia en las conductas delictivas (violentas y no-violentas) cometidas, es así que, el síndrome Abuso de Drogas, el síndrome Abuso de alcohol ambos del grupo síndromes clínicos moderadamente graves y el síndrome Pensamiento Psicótico, el síndrome de Depresión Mayor pertenecientes al grupo de los síndromes clínicos graves son los que están correlacionados o relacionados con el nivel de violencia en las conductas delictivas (violentas y no-violentas) cometidas en la muestra de investigación de 40 mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz.

Figura 20. *Correlación entre el síndrome Abuso de Drogas y el nivel de violencia en las conductas delictivas (violentas y no-violentas)*



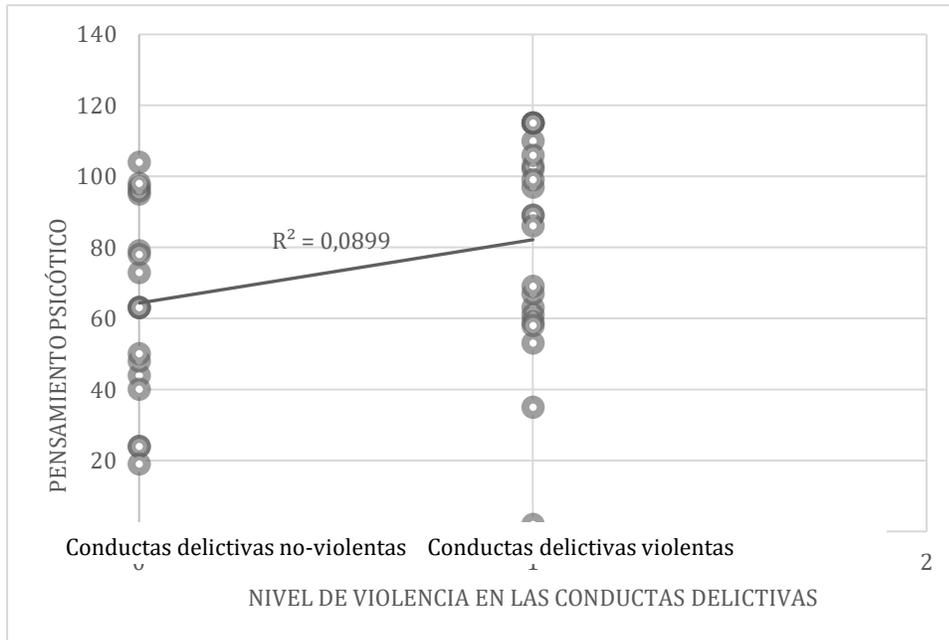
En la figura 20 se evidencia una correlación significativa (n=40; R=0.33; p<0.05) que es positiva y de grado moderado, es decir en la medida que las mujeres privadas de libertad alcanzan puntajes más altos o críticos en el síndrome clínico Abuso de Drogas mayor es el nivel de violencia en las conductas delictivas cometidas. El grado de asociación o relación encontrado entre ambas variables de investigación fue del 11% (R²=0.11).

Figura 21. *Correlación entre el síndrome Abuso de Alcohol y el nivel de violencia en las conductas delictivas (violentas y no-violentas)*



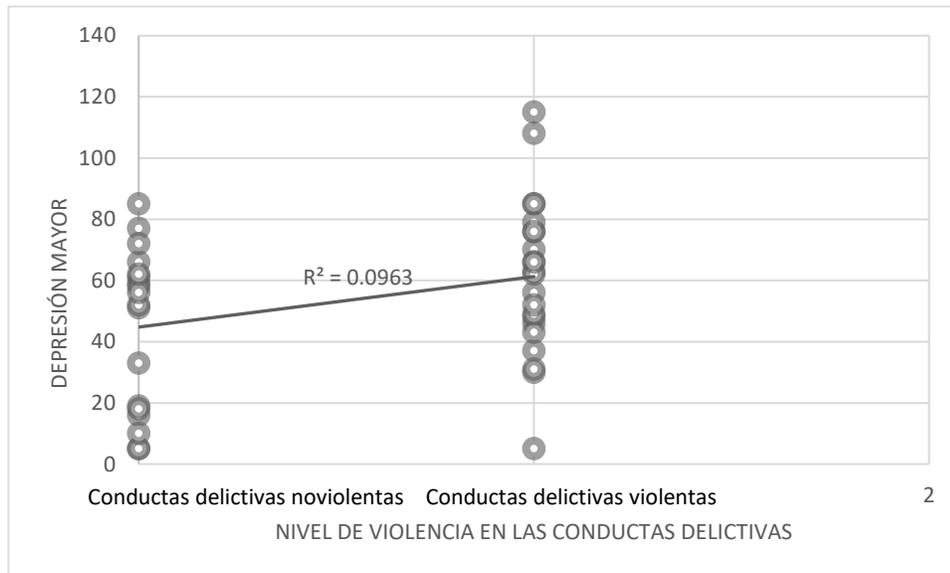
En la figura 21 se constata una correlación significativa ($n=40$; $R=0.33$; $p<0.05$) que es positiva y de grado moderado, es decir en la medida que las mujeres privadas de libertad alcanzan puntajes más altos o críticos en el síndrome clínico Abuso de Alcohol mayor es el nivel de violencia en las conductas delictivas cometidas. El grado de asociación o relación encontrado entre ambas variables de estudio fue del 9% ($R^2=0.9$).

Figura 22. Correlación entre el síndrome Pensamiento Psicótico y el nivel de violencia en las conductas delictivas (violentas y no-violentas)



En la figura 22 se evidencia una correlación significativa ($n=40$; $R=0.29$; $p<0.05$) que es positiva y de grado moderado, es decir en la medida que las mujeres privadas de libertad alcanzan puntajes más altos o críticos en el síndrome clínico Pensamiento Psicótico mayor es el nivel de violencia en las conductas delictivas cometidas. El grado de relación encontrado entre ambas variables de investigación fue del 8% ($R^2=0.9$).

Figura 23. *Correlación entre el síndrome de Depresión Mayor y el nivel de violencia en las conductas delictivas (violentas y no-violentas)*



En la figura 23 se evidencia una correlación significativa ($n=40$; $R=0.31$; $p<0.05$) que es positiva y de grado moderado, es decir en la medida que las mujeres privadas de libertad alcanzan puntajes más altos o críticos en el síndrome clínico de Depresión Mayor el nivel de violencia en las conductas delictivas cometidas es mayor. El grado de asociación o relación encontrado entre ambas variables estudio fue del 9% ($R^2=0.09$).

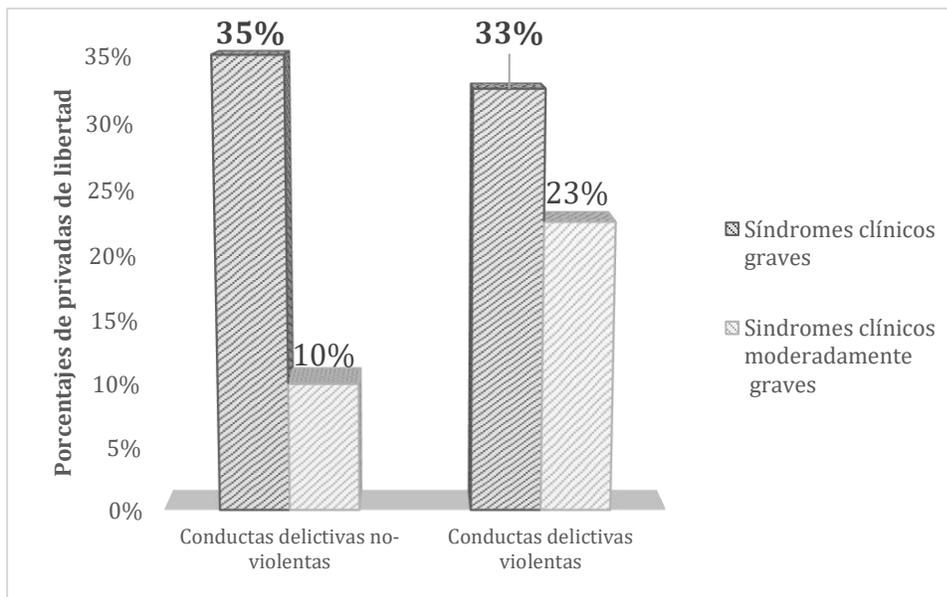
También, informar, que en el presente trabajo el segundo análisis correlacional para demostrar la aceptación o el rechazo de la hipótesis de investigación (H_i) planteado se ha llevado a cabo aplicando la prueba de Ji cuadrada o Chi cuadrada (X^2). Ahora bien, se ha empleado este estadístico fundamentalmente debido a que algunos criterios metodológicos como el tamaño (40 mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz) y el tipo de muestra (no probabilística o dirigida, de sujetos – tipos) (Hernández, R., et. al, 1991, pp. 231 - 232) del presente proyecto de investigación científica se ajustan a los criterios de empleo de la prueba X^2 y no de otro estadístico para efectuar la respectiva correlación entre los síndromes clínicos (DSM-5) (que clínicamente están subdivididos en dos grupos, 1) síndromes clínicos moderadamente graves y 2) síndromes clínicos graves) (Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III desarrollado por Millon, T., Davis, R. y Millon, C.; adaptado al español

por Cardenal Hernández, V. y Sánchez López, M.^a P., 2007) y las conductas delictivas (violentas y no-violentas).

Tabla 22. *Correlación entre los síndromes clínicos (DSM-5) y las conductas delictivas (violentas y no-violentas)*

Conductas delictivas	Síndromes clínicos graves	Síndromes clínicos moderadamente graves	Síndromes clínicos graves	Síndromes clínicos moderadamente graves	Total
Conductas delictivas no-violentas	14	4	35%	10%	18 45%
Conductas delictivas violentas	13	9	33%	23%	22 55%
Total	13	27	33%	68%	40100%

Figura 24. *Correlación entre los síndromes clínicos (DSM-5) y las conductas delictivas (violentas y no-violentas)*



En la tabla 22 y figura 24 se muestran las diferencias por grupos de los síndromes clínicos (DSM-5) (1 síndromes clínicos moderadamente graves y 2 síndromes clínicos graves) en cuanto al nivel de violencia en las conductas delictivas (violentas y no-violentas) de la muestra de estudio de 40 mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz. Los resultados obtenidos en la respectiva diferencia por grupos entre los síndromes clínicos y las conductas delictivas evidencian o muestran claramente que, si existe o hay diferencias estadísticamente significativas entre estas dos variables de investigación, y están sustentadas por el análisis estadístico de la prueba del Ji cuadrado o Chi cuadrado (X^2) ($X^2=5.58$; $gl = 1$; $p < 0,05$). Por lo tanto o en consecuencia, la hipótesis de investigación (H_i) planteado en este estudio o Tesis de Grado se acepta o aprueba de que si “Existe correlación entre los síndromes clínicos (DSM-5) y las conductas delictivas en mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz”, y entonces se rechaza la hipótesis nula (H_o) planteado en el presente proyecto de investigación científica.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

En cumplimiento o alcance tanto del objetivo general y específicos sobre el estudio de los síndromes clínicos (DSM-5) y su relación con las conductas delictivas en mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz, y según los resultados alcanzados en el presente proyecto de investigación científica se concluye en las precisiones que a continuación se describen y explican respondiendo a cada uno de los objetivos específicos planteados.

1. En respuesta al objetivo específico “describir las características sociodemográficas y delictivas de las mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz”.

Se ha llegado a constatar que el promedio de edad de las mujeres privadas de libertad es de 35 años y están en un rango de edad de 18 años a 62 años de edad. Así mismo, la mayoría de las mujeres privadas de libertad unas son adultas y otras son jóvenes casi ambos a la mitad de la muestra de estudio, seguidamente se muestra que la mayoría unas a un tercio y un poco más están concubinas con una determinada pareja y otras en un tercio son solteras, respecto al estatus social o nivel socio económico la mayoría de las mujeres privadas de libertad son de clase social media y una mínima parte son de clase social baja, luego se ha verificado que la mayoría se identifican o profesan la religión católica y una mínima proporción se consideran protestantes o en contra posición a la religión católica, ahora bien, en referencia a la nacionalidad al cien por ciento son mujeres bolivianas, además, se ha observado que la mayoría de estas mujeres han cursado u obtenido un nivel de educación hasta la secundaria y un tercio de ellas solo curso hasta la primaria, y finalmente se ha constatado que la mayoría de las mujeres privadas de libertad antes de su reclusión desarrollaban una ocupación o trabajo independiente y casi en un tercio otras estaban desempleadas o sin una fuente laboral definida al momento de su detención carcelaria.

Respecto a las características delictivas se muestra, que la mayoría de las mujeres privadas de libertad están reclusas preventivamente por los delitos que están tipificados en el ordenamiento penal boliviano y solo una mínima parte cuentan ya con una sentencia o condena dictada por la autoridad correspondiente, así mismo, estas mujeres en una mayor proporción llevan “menos de

un año” de reclusión al momento de la evaluación o recolección de los datos seguido por un tercio y un poco más que están detenidas “de uno a tres años”, en relación a las causas o causa que les llevo a cometer el determinado delito o delitos la mayoría respondió en la opción “ninguno” dando a entender que no quisieron dar aquella información sobre el determinado hecho delictivo cometido en cambio un tercio de ellas indicaron sin problemas claramente que llevaron a cabo o consumaron el delito por causas económicas, y para cerrar esta parte informar en conclusión que la mayoría de las mujeres privadas de libertad no son reincidentes y esta es la primera vez que se encuentran en conflicto con Ley y si el restante de ellas son reincidentes, entonces se puede presumir de estas últimas que ya están encaminadas en la carrera delictiva propiamente dicha.

2. En respuesta al objetivo específico “evaluar los síndromes clínicos (DSM-5) en mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz”.

Se ha llegado a evidenciar de la muestra de estudio de 40 mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz, que la mayoría de estas mujeres presenta el síndrome de Delirios Psicóticos (25 de 40 mujeres) perteneciente al grupo “síndromes clínicos graves”, es así que, frecuentemente estas mujeres son paranoides agudos y pueden volverse periódicamente beligerantes, expresando delirios irracionales, pero interconectados, son de una naturaleza celosa, persecutorias o grandiosas. Este cuadro clínico va a depender de un conjunto de otros síndromes concurrentes, donde puede haber claros signos de trastorno del pensamiento e ideas de referencia. Donde los estados de ánimo son habitualmente hostiles y expresan sentimientos de ser acosadas y maltratadas. Los factores concomitantes son un tenso trasfondo de suspicacia, vigilancia y alerta ante una posible traición.

Además, 5 de 40 mujeres presenta el síndrome Histeriforme/Somatoforme del grupo “síndromes clínicos moderadamente graves”, que clínicamente expresan sus dificultades psicológicas mediante los canales somáticos, periodos persistentes de cansancio y debilidad, preocupación por su falta de salud y una variedad de dolores dramáticos, pero en gran medida inespecíficos, en diferentes e inconexas partes del cuerpo. Donde algunos pacientes tienen un trastorno primario de somatización que se caracteriza por quejas somáticas recurrentes y múltiples, presentadas a menudo de una forma dramática, vaga o exagerada. Otros en cambio tienen una historia que puede interpretarse como hipocondriacas, entonces interpretan molestias o sensaciones físicas menores como señales de una

dolencia grave. Si, de hecho, existen enfermedades, tienden a sobrevalorarlas a pesar de los intentos por parte de los médicos de tranquilizarles. Usualmente, las quejas somáticas se emplean para llamar la atención.

También, informar, que un grupo menor de 4 de 40 mujeres presenta el síndrome de Neurosis Depresiva-Distimia del grupo “síndromes clínicos moderadamente graves”, donde, si bien estas mujeres siguen involucradas en la vida diaria aun con este cuadro clínico, pero denota, que estas mujeres han estado preocupadas durante años con sentimientos de desánimo o culpa, falta de iniciativa, apatía conductual y baja autoestima. Frecuentemente expresan sentimientos de inutilidad y comentarios auto-despreciativos. Durante los periodos de depresión puede haber muchos momentos de llanto, ideación suicida, una perspectiva pesimista del futuro, distanciamiento social, reducción o exceso del apetito, fatiga crónica, concentración pobre y una marcada pérdida de interés en actividades placenteras, así como una efectividad reducida en las tareas cotidianas. A menos que la puntuación en el síndrome Depresión Mayor también sea muy elevada, es poco probable que se evidencien rasgos psicóticos depresivos. Un examen exhaustivo de las respuestas específicas a los ítems que contribuyen a la alta puntuación de un determinado paciente en el síndrome de Neurosis Depresiva-Distimia debería permitir al clínico discernir los rasgos particulares del ánimo distímico (por ejemplo, baja autoestima o desesperanza).

Finalmente, 3 de 40 mujeres presenta el síndrome Abuso de Alcohol perteneciente al grupo “síndromes clínicos moderadamente graves”, y según el análisis clínico estas mujeres probablemente tienen una historia de alcoholismo, que han tratado de superar el problema con poco éxito y, como consecuencia, experimentan considerable malestar en la familia y en el trabajo. Lo que tiene de valor en este síndrome y en el síndrome Abuso de Drogas es la oportunidad de considerar el problema en el contexto del estilo global de funcionamiento y afrontamiento del determinado paciente.

3. En respuesta del objetivo específico "describir las conductas delictivas de las mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz”

Como bien se ha señalado en el apartado de resultados las conductas delictivas se los ha subdividido desde la perspectiva legal-penal en dos grupos, 1) en conductas delictivas violentas y 2) en

conductas delictivas no-violentas sustentados en base al planteamiento de Weiner y Wolfgang (1989), citado en Echeburúa, E. (1998, p. 277) y de acuerdo a la propuesta de Echeburúa, E. (1998, p. 277), es así que, a continuación se presentan las puntualizaciones a las que se arribaron respecto a la variable de estudio “conducta delictivas”.

En relación a las conductas delictivas no-violentas se ha llegado a constatar, que la mayoría de las mujeres privadas de libertad 11 de 18 están reclusas por el delito cometido de estafa, y el restante 7 de 18 están detenidas por los delitos cometidos de asociación delictuosa, estafa y falsedad material, estafa-estelionato, falsedad material, por pago de beneficio social, por suplantación de firma y tenencia de drogas para el consumo (una mujer en cada delito cometido). Ahora bien, los delitos cometidos en este grupo hacen referencia en general aquellos delitos que no están catalogados o estipulados como conductas delictivas violentas como bien se ha sustentado o explicado en los apartados del marco teórico y resultados del presente trabajo de grado.

Por otro lado, la mayoría de las mujeres privadas de libertad 8 de 22 guardan detención carcelaria por el delito infringido de asesinato, seguido de 5 de 22 mujeres que cometieron el delito de robo agravado, 4 de 22 de ellas están detenidas por infracción a Ley 1008, 3 de 22 mujeres están privadas de libertad por el delito de infanticidio y 2 de 22 que están reclusas por el delito cometido de robo. Todos estos delitos cometidos son considerados como conductas delictivas violentas, ya que en estos delitos llevados a cabo se han empleado altas dosis de violencia física, psicológica y otros mecanismos coercitivos para anular, someter o dar de baja a las víctimas.

4. En respuesta al objetivo específico “correlacionar entre los síndromes clínicos (DSM-5) y las conductas delictivas violentas y no-violentas en mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz”.

Del análisis correlacional efectuado con el estadístico paramétrico correlacional lineal de Pearson (r) (Hernández, R., et. al, 1991, pp. 383 – 384 – 385 – 386) se ha llegado a corroborar la existencia de asociación o relación entre los síndromes clínicos (DSM-5) con el nivel de violencia en las conductas delictivas (violentas y no-violentas), es así que, los síndromes Abuso de Drogas, Abuso de alcohol ambos del grupo “síndromes clínicos moderadamente graves” más los síndromes Pensamiento Psicótico y Depresión Mayor del grupo de los “síndromes clínicos graves” son los

que se encuentran correlacionados con el nivel de violencia en las conductas delictivas (violentas y no-violentas).

Ahora bien, aplicando la prueba de Ji cuadrada o Chi cuadrada (X^2) los resultados arrojados en la diferencia por grupos entre los síndromes clínicos (DSM-5) (síndromes clínicos moderadamente graves y síndromes clínicos graves) y las conductas delictivas (violentas y no-violentas) se ha llegado a evidenciar de que si existe o se ha encontrado diferencias estadísticas significativas entre las dos variables de estudio indicados o en otras palabras tácitamente mencionar de que estas dos variables si se encuentran correlacionadas ($X^2=5.58$; $gl = 1$; $p < 0,05$). En consecuencia, la hipótesis de investigación (H_i) planteado en el presente proyecto de investigación científica se afirma y aprueba de que, si “existe correlación entre los síndromes clínicos (DSM-5) y las conductas delictivas en mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz”, y por lo tanto, se desapueba o rechaza la hipótesis nula (H_o) del presente trabajo.

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES

En la presente investigación efectuada sobre la evaluación de los síndromes clínicos (DSM-5) y su relación con las conductas delictivas en mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado de la ciudad de La Paz se han llegado a identificar las siguientes dificultades o necesidades tanto durante el proceso llevado como hasta su culminación, es así que, a continuación se describen aquellos puntos a tomar en cuenta y ser resueltos en posteriores investigaciones científicas al indagar variables del ámbito criminal o delictual del contexto o la realidad penitenciaria local y nacional, ya que la razón de estos estudios desde las instituciones universitarias con sus resultados y propuestas de intervención coadyuvan en las soluciones o el mejoramiento del funcionamiento del sistema penitenciario y judicial en general del estado boliviano.

En subsiguientes investigaciones el tamaño de la muestra o unidades de observación a estudiar se deben incrementar, y si es posible se debe emplear o aplicar el tipo de muestreo probabilístico, ya que con este tipo de muestreo se puede alcanzar la generalización de los resultados de la muestra de estudio a la población o universo sobre la ocurrencia o estado de las variables investigadas, que contrariamente con el muestreo no-probabilístico no se puede aplicar o afirmar.

También, hay una necesidad actual en profundizar el estudio de las variables del ámbito criminal o delictual en cuanto a sus factores de origen, causas, efectos, entre otros, que permitan describir, comprender, explicar y predecir el fenómeno del delito, delincuente y delincuencia, la extensión y riqueza de datos o informaciones usualmente se alcanzan o son propios de las investigaciones llevadas a cabo desde el enfoque cualitativo, ya que este enfoque con sus diseños y técnicas permiten desde el contexto o la realidad misma de los sujetos investigados generar datos profundos, interpretarlos y otorgarles su significado valor tanto desde la perspectiva del investigador como de los sujetos de estudio, entonces se insta en adelante llevar o proponer estudios de corte cualitativo.

En estudios en el ámbito penitenciario y en general en todos se debe aplicar tácitamente y sin lugar a cualquier objeción o excusas la “ética en la investigación científica”, de inicio y durante el proceso hasta la emisión del reporte o informe final al público en general o a quienes beneficia o va dirigido directamente el determinado estudio. Antes de ingresar a realizar el trabajo de campo o

de iniciar con la recolección de datos se debe tener a la mano los documentos de “asentimiento informado” o “consentimiento informado”, la utilización de uno o de ambos documentos dependerá de quienes son los sujetos investigados (muestra de estudio o unidades de observación), es así que, ya en el lugar y en la interacción misma con los sujetos de estudio primeramente a cada uno se le pone a consideración dichos documentos donde se señalan de elegir de participar o no por decisión propia y voluntaria en el trabajo a llevar a cabo, estos documentos deben estar firmados tanto por el investigador y los participantes en el estudio antes de relevar los datos.

Por otro lado, se sugiere al equipo multidisciplinario o consejo penitenciario del Centro Penitenciario Femenino de Miraflores – Régimen Cerrado realizar reevaluaciones continuas y el seguimiento particularizado a quienes se les ha evaluado en el presente trabajo, sobre todo a las mujeres privadas de libertad que presentan conductas delictivas violentas por sus características penales y clínicas ya señaladas en los apartados de resultados y conclusiones como se recomienda hacerlo en relación a la gestión del riesgo en la guía HCR-20V3 (Kevin S. Douglas, Stephen D. Hart, Christopher D. Webster y Henrik Belfrague; adaptación al español K. Arbach-Lucioni y A. Andrés-Pueyo UB - Grupo de Estudios Avanzados en Violencia, mayo de 2015).

Así mismo, se les debe otorgar el respectivo tratamiento multidisciplinario desde las áreas de psicología, médica, trabajo social y regimental aquellas mujeres que en su mayoría presentan los síndromes clínicos (DSM-5) Delirios Psicóticos, Histeriforme/Somatoforme, Neurosis Depresiva-Distimia y Abuso de Alcohol.

Finalmente, la Dirección de la Carrera de Psicología de la Universidad Mayor de San Andrés debe actualizar o promover convenios con la Dirección General de Régimen Penitenciario y Supervisión o específicamente con la Dirección Departamental de Régimen Penitenciario de La Paz, ya que para el presente proyecto de investigación científica no se ha podido acceder a estadísticas, informaciones y otros actualizados de estos últimos años para sustentar o apoyar de mejor manera este trabajo de grado.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

ÁGREDA, M. R. (2009). *La psicología jurídica en Bolivia*. Cochabamba, Bolivia: Grupo Editorial Kipus. Primera edición.

ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. 5ª Ed. Arlington, VA.

BARTOL, C. R. y BARTOL, A. M. (2017). *Comportamiento criminal una perspectiva psicológica*. México: Pearson Educación de México, S.A. de C.V. En red.

DEFENSOR DEL PUEBLO REPUBLICA DE BOLIVIA. (2004). *Derechos humanos de las personas privadas de libertad: Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos; Ley N° 2298 de Ejecución Penal y Supervisión*. La paz, Bolivia.

DIRECCIÓN GENERAL DE RÉGIMEN PENITENCIARIO Y SUPERVISIÓN. (2016). *Datos estadísticos de la población penitenciaria del año 2001 al año 2014*. La Paz, Bolivia.

DIRECCIÓN GENERAL DE RÉGIMEN PENITENCIARIO Y SUPERVISIÓN. (2019). *Datos estadísticos de la población penitenciara del año 2015, 2016, 2017, 2018, a junio de 2019 (clasificada por género, por delitos y por estado/causa)*. La Paz, Bolivia.

ECHEBURÚA, O. E. (1998). *Personalidades violentas*. Madrid, España: Ediciones Pirámide, S. A.

GARCÍA-LÓPEZ, E. (2019). *Psicopatología de la violencia: repercusiones forenses*. Ciudad de México, México: Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V.

GODOY, V., GAMBOA, C. M. y DZIB, J. P. (2019). Evaluación del riesgo de violencia: aportaciones a la práctica de la psicología forense (cap. 9). En E. GARCÍA-LÓPEZ (Ed.), *Psicopatología de la violencia: repercusiones forenses* (pp. 183-202). Ciudad de México, México: Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V.

HERNÁNDEZ, S. R., FERNÁNDEZ, C. C. y BAPTISTA, L. P. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F.: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. Sexta edición.

HERNÁNDEZ, S. R., FERNÁNDEZ, C. C. y BAPTISTA, L. P. (1991). *Metodología de la investigación*. México: McGraw – Hill.

LEQUEPI, M. J. (2016). *Tesis de Grado Licenciatura: Alteraciones neuropsicológicas y trastornos de personalidad en situación de reclusión penitenciaria*. La Paz, Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés (U.M.S.A.), Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Carrera de Psicología.

LEQUEPI, M. J. (2020). *Tesis de Grado Maestría: Riesgo de reincidencia y perfil criminal psicosocial*. La Paz, Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés (U.M.S.A.), Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Carrera de Psicología, Unidad de Posgrado.

LEY N° 1768 CÓDIGO PENAL DE 1997. (1997, 10 de marzo). República de Bolivia.

LEY N° 2298 DE EJECUCIÓN PENAL Y SUPERVISIÓN. (2001, 20 de diciembre). República de Bolivia.

MILLON, T., DAVIS, R. y MILLON, C. (s.a.). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III); Adaptación española (CARDENAL HERNÁNDEZ, V. y SÁNCHEZ LÓPEZ, M.ª P., 2007)*. Madrid, España: TEA Ediciones, S. A.

MILLON, T., GROSSMAN, S., MILLON, C., MEAGHER, S. y RAMNATH, R. (2006). *Trastornos de personalidad en la vida moderna*. Barcelona, España: Editorial Elsevier Masson. Segunda edición.

NGUYEN, T., ARBACH-LUCIONI, K. y ANDRÉS-PUEYO, A. (2011). *Factores de riesgo de la reincidencia violenta en población penitenciaria*. Universidad de Barcelona. Revista de Derecho Penal y Criminología, 3ª Época, N° 6. En red.

OBSERVATORIO BOLIVIANO DE SEGURIDAD CIUDADANA Y LUCHA CONTRA LAS DROGAS (OBSCD). (2022). *Datos estadísticos de la población delincuyente y de inseguridad ciudadana a nivel nacional, gestiones 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, al primer trimestre de 2022*. La Paz, Bolivia.

OVEJERO, A. (2009). *Fundamentos de psicología jurídica e investigación criminal*. Salamanca, España: Ediciones Universidad Salamanca. 1ª edición.

REGLAS MÍNIMAS DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL TRATAMIENTO DE LOS RECLUSOS (REGLAS NELSON MANDELA), 17 de diciembre, 2015. En red.

ROMERO, J. F. (2002). Psicología forense penitenciaria (Teoría y casos prácticos) (5). En J. URRRA (Comp.), *Tratado de psicología forense* (pp. 299-326). Madrid, España: SIGLO XXI DE ESPAÑA EDITORES, S. A.

SORIA, V. M. A. y SÁIZ, R. D. (2006). *Psicología criminal*. Madrid, España: PEARSON Prentice Hall.

TRIBUNAL SUPREMO DE CANADÁ. (1991). *Definición conceptual de la violencia*. En red.

URRA, J. (2002). *Tratado de psicología forense*. Madrid, España: SIGLO XXI DE ESPAÑA EDITORES, S. A.

ANEXOS

INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

1. Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III)
2. Cuestionario de Datos Complementarios
3. Consentimiento Informado

CUADROS ESTADÍSTICOS

Cuadro 1 Población penitenciaria a nivel nacional

Cuadro 2 Población penitenciaria por género

Cuadro 3 Población penitenciaria por causa

Anexo 1.



INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III (MCMC-III)

1. Últimamente parece que me quedo sin fuerzas, incluso por la mañana
2. Me parece muy bien que haya normas porque son una buena guía a seguir
3. Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir por cual empezar
4. Gran parte del tiempo me siento débil y cansado
5. Sé que soy superior a los demás, por eso no me importa lo que piense la gente
6. La gente nunca ha reconocido suficientemente las cosas que he hecho
7. Si mi familia me presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren
8. La gente se burla de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco
9. Frecuentemente critico mucho a la gente que me irrita
10. Raramente exteriorizo las pocas emociones que suelo tener
11. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino
12. Muestro mis emociones fácil y rápidamente
13. En el pasado, mis hábitos de tomar drogas me han causado problemas a menudo
14. Algunas veces puedo ser bastante duro y desagradable con mi familia
15. Las cosas que hoy van bien no duraran mucho tiempo
16. Soy una persona muy agradable y sumisa
17. Cuando era adolescente, tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio
18. Tengo miedo a acercarme mucho a otra persona porque podría acabar siendo ridiculizado o avergonzado

POR FAVOR, NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III (MCMI-III)

19. Parece que elijo amigos que terminan tratándome mal
20. He tenido pensamientos tristes gran parte de mi vida desde que era niño
21. Me gusta coquetear con las personas del otro sexo
22. Soy una persona muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente
23. Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo
24. Hace unos años comencé a sentirme un fracaso
25. Me siento culpable muy a menudo sin ninguna razón
26. Los demás envidian mis capacidades
27. Cuando puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo
28. Pienso que el comportamiento de mi familia debería ser estrictamente controlado
29. La gente normalmente piensa que soy una persona reservada y seria
30. Últimamente he comenzado a sentir deseos de destrozar cosas
31. Creo que soy una persona especial y merezco que los demás me presten una particular atención
32. Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva
33. Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le señalaría sus propios errores
34. Últimamente he perdido los nervios
35. A menudo renuncio a hacer cosas porque temo no hacerlas bien
36. Muchas veces me dejo llevar por mis emociones de ira y luego me siento terriblemente culpable por ello
37. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo
38. Hago lo que quiero sin preocuparme de las consecuencias que tenga en los demás
39. Tomar las llamadas “drogas ilegales” puede ser imprudente, pero reconozco que en el pasado las he necesitado
40. Creo que soy una persona miedosa e inhibida

POR FAVOR, NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III (MCMI-III)

41. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas
42. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación embarazosa que alguien me haya causado
43. A menudo me siento triste o tenso, inmediatamente después de que me haya pasado algo bueno
44. Ahora me siento terriblemente deprimido y triste gran parte del tiempo
45. Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso a quienes no me gustan
46. Siempre he sentido menos interés por el sexo que la mayoría de la gente
47. Siempre tiendo a culparme a mí mismo cuando las cosas salen mal
48. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente
49. Desde niño, siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme
50. No soporto a las personas influyentes que siempre piensan que pueden hacer las cosas mejor que yo
51. Cuando las cosas son aburridas, me gusta provocar algo interesante o divertido
52. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mi familia y a mí
53. Los castigos nunca me han impedido hacer lo que yo quería
54. Muchas veces me siento muy alegre y animado sin ninguna razón
55. En las últimas semanas me he sentido agotado sin ningún motivo especial
56. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien
57. Pienso que soy una persona muy sociable y extravertida/o
58. Me he vuelto muy nervioso en las últimas semanas
59. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad
60. Simplemente, no he tenido la suerte que otros han tenido en la vida
61. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez y no desaparecen
62. Desde hace uno o dos años, al pensar sobre la vida, me siento muy triste y desanimado
63. Mucha gente ha estado espionando mi vida privada durante años

POR FAVOR, NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III (MCMI-III)

64. No sé por qué pero, a veces, digo cosas crueles solo para hacer sufrir a los demás
65. En el último año he cruzado el Atlántico en avión 30 veces
66. En el pasado, el hábito de abusar de las drogas me ha hecho faltar al trabajo
67. Tengo muchas ideas que son avanzadas para los tiempos actuales
68. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo
69. Evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente va a criticarme o rechazarme
70. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me pasan
71. Cuando estoy solo, a menudo noto cerca de mí la fuerte presencia de alguien que no puede ser visto
72. Me siento desorientado, sin objetivos, y no se hacia dónde voy en la vida
73. A menudo dejo que los demás tomen por mi decisiones importantes
74. No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme
75. Últimamente sudo mucho y me siento muy tenso
76. Tengo una y otra vez pensamientos extraños de los que desearía poder librarme
77. Tengo muchos problemas para controlar el impulso de beber en exceso
78. Aunque este despierto, parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mi
79. Con frecuencia estoy irritado y de mal humor
80. Para mí es muy fácil hacer muchos amigos
81. Me avergüenzo de algunos de los abusos que sufrí cuando era joven
82. Siempre me aseguro de que mi trabajo esté bien planeado y organizado
83. Mis estados de ánimo cambian mucho de un día para otro
84. Me falta confianza en mí mismo para arriesgarme a probar algo nuevo
85. No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite
86. Desde hace algún tiempo me siento triste y deprimido y no consigo animarme

POR FAVOR, NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III (MCMI-III)

87. A menudo me enfado con la gente que hace las cosas lentamente
88. Cuando estoy en una fiesta nunca me aisló de los demás
89. Observo a mi familia de cerca para saber en quien se puede confiar y en quien no
90. Algunas veces me siento confuso y molesto cuando la gente es amable conmigo
91. El consumo de “drogas ilegales” me ha causado discusiones con mi familia
92. Estoy solo la mayoría del tiempo y lo prefiero así.
93. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que solo pienso en mí mismo
94. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión
95. A menudo irrito a la gente cuando les doy órdenes
96. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y apasionado por demasiadas cosas
97. Estoy de acuerdo con el refrán: “Al que madruga Dios le ayuda”
98. Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida muchas veces oscilan entre el amor y el odio
99. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y cohibido
100. Supongo que no soy diferente de mis padres ya que, hasta cierto punto, me he convertido en un alcohólico
101. Creo que no me tomo muchas de las personalidades familiares tan seriamente como debería
102. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad
103. Gente mezquina intenta con frecuencia aprovecharse de lo que he realizado o ideado
104. No puedo experimentar mucho placer porque no creo merecerlo
105. Tengo pocos deseos de hacer amigos íntimos
106. He tenido muchos periodos en mi vida en los que he estado tan animado y he consumido tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo
107. He perdido completamente mi apetito y la mayoría de las noches tengo problemas para dormir
108. Me preocupa mucho que me dejen solo y tenga que cuidar de mí mismo

POR FAVOR, NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III (MCMI-III)

109. El recuerdo de una experiencia muy perturbadora de mi pasado sigue apareciendo en mis pensamientos
110. El año pasado aparecí en la portada de varias revistas
111. Parece que he perdido el interés en la mayoría de las cosas que solía encontrar placenteras, como el sexo
112. He estado abatido y triste mucho tiempo en mi vida desde que era bastante joven
113. Me he metido en problemas con la ley un par de veces
114. Una buena manera de evitar los errores es tener una rutina para hacer las cosas
115. A menudo otras personas me culpan de cosas que no he hecho
116. He tenido que ser realmente duro con algunas personas para mantenerlas a raya
117. La gente piensa que, a veces, hablo sobre cosas extrañas o diferentes a las de ellos
118. Ha habido veces en las que no he podido pasar el día sin tomar drogas
119. La gente está intentando hacerme creer que estoy loco
120. Haría algo desesperado para impedir que me abandonase una persona que quiero
121. Sigo dándome atracones de comida un par de veces a la semana
122. Parece que eché a perder las buenas oportunidades que se cruzan en mi camino
123. Siempre me ha resultado difícil dejar de sentirme deprimido y triste
124. Cuando estoy solo y lejos de casa, a menudo comienzo a sentirme tenso y lleno de pánico
125. A veces las personas se molestan conmigo porque dicen que hablo mucho o demasiado deprisa para ellas
126. Hoy, la mayoría de la gente de éxito ha sido afortunada o deshonesto
127. No me involucro con otras personas a no ser que este seguro de que les voy a gustar
128. Me siento profundamente deprimido sin ninguna razón que se me ocurra
129. Años después, todavía tengo pesadillas acerca de un acontecimiento que supuso una amenaza real para mi vida
130. Ya no tengo energía para concentrarme en mis responsabilidades diarias

POR FAVOR, NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III (MCMI-III)

131. Beber alcohol me ayuda cuando me siento deprimido
132. Odio pensar en algunas de las formas en las que se abusó de mi cuando era niño
133. Incluso en los buenos tiempos, siempre he tenido miedo de que las cosas pronto fuesen mal
134. Algunas veces, cuando las cosas empiezan a torcerse en mi vida, me siento como si estuviera loco o fuera de la realidad
135. Estar solo, sin la ayuda de alguien cercano de quien depender, realmente me asusta
136. Sé que he gastado más dinero del que debiera comprando “drogas ilegales”
137. Siempre compruebo que he terminado mi trabajo antes de tomarme un descanso para actividades de ocio
138. Noto que la gente está hablando de mi cuando paso a su lado
139. Se me da muy bien inventar excusas cuando me meto en problemas
140. Creo que hay una conspiración contra mí
141. Siento que la mayoría de la gente tiene una mala opinión de mí
142. Frecuentemente siento que no hay nada dentro de mí, como si estuviera vacío y hueco
143. Algunas veces me obligo a vomitar después de comer
144. Creo que me esfuerzo mucho por conseguir que los demás admiren las cosas que hago o digo
145. Me paso la vida preocupándome por una cosa u otra
146. Siempre me pregunto cuál es la razón real de que alguien sea especialmente agradable conmigo
147. Ciertos pensamientos vuelven una y otra vez a mi mente
148. Pocas cosas en la vida me dan placer
149. Me siento tembloroso y tengo dificultades para conciliar el sueño debido a dolorosos recuerdos de un hecho pasado que pasan por mi cabeza repetidamente
150. Pensar en el futuro al comienzo de cada día me hace sentir terriblemente deprimido
151. Nunca he sido capaz de librarme de sentir que no valgo nada para los demás
152. Tengo un problema con la bebida que he tratado de solucionar sin éxito

POR FAVOR, NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III (MCMI-III)

153. Alguien ha estado intentando controlar mi mente
154. He intentado suicidarme
155. Estoy dispuesto a pasar hambre para estar aún más delgado de lo que estoy
156. No entiendo por qué algunas personas me sonríen
157. No he visto un coche en los últimos diez años
158. Me pongo muy tenso con las personas que no conozco bien, porque pueden querer hacerme daño
159. Alguien tendría que ser bastante excepcional para entender mis habilidades especiales
160. Mi vida actual se ve todavía afectada por “imágenes mentales” de algo terrible que me paso
161. Parece que creo situaciones con los demás en las que acabo herido o me siento rechazado
162. A menudo me pierdo en mis pensamientos y me olvido de lo que está pasando a mí alrededor
163. La gente dice que soy una persona delgada, pero creo que mis muslos y mi trasero son demasiado grandes
164. Hay terribles hechos de mi pasado que vuelven repetidamente para perseguirme en mis pensamientos y sueños
165. No tengo amigos íntimos al margen de mi familia
166. Casi siempre actué rápidamente y no pienso las cosas tanto como debiera
167. Tengo mucho cuidado en mantener mi vida como algo privado, de manera que nadie pueda aprovecharse de mí
168. Con mucha frecuencia oigo las cosas con tanta claridad que me molesta
169. Siempre estoy dispuesto a ceder en una riña o desacuerdo porque temo el enfado o rechazo de los demás
170. Repito ciertos comportamientos una y otra vez, algunas veces para reducir mi ansiedad y otras para evitar que pase algo malo
171. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio
172. La gente me dice que soy una persona muy formal y moral
173. Todavía me aterrorizo cuando pienso en una experiencia traumática que tuve hace años

POR FAVOR, NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III (MCMI-III)

174. Aunque me da miedo hacer amistades, me gustaría tener más de las que tengo

175. A algunas personas que se supone que son mis amigos les gustaría hacerme daño

FIN DE LA PRUEBA

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

Anexo 2.

CUESTIONARIO DE DATOS COMPLEMENTARIOS

(Lequepi, M. J., 2016)

I. DATOS DEMOGRÁFICOS

1.- Lugar de vivienda (Anterior a su situación actual)

a) Urbana___ b) Rural___ c) Otro_____

2.- Lugar de nacimiento

a) Urbana___ b) Rural___ c) Otro_____

3.- Estado civil

a) Casada___ b) Soltera___ c) Divorciada___ d) Viuda___ e) Concubinada___

f) Otro_____

4.- Estatus o nivel económico social

a) Alto___ b) Medio___ c) Bajo___

5.- Religión

a) Católica___ b) Protestante___ c) Atea___ d) Otro_____

II. ANTECEDENTES PENALES

1.- Delito actual ¿Por qué delito esta privada de libertad?

R.- _____

2.- Con sentencia_____ Preventiva_____

3.- Tiempo de reclusión: Días_____ Meses_____ Años_____

4.- ¿Cuál de las siguientes causas le llevo a cometer dicho delito?

a) Económica____ b) Afectiva - Emocional____ c) Pasional____ d) Venganza____

e) Otros_____

5.- Reincidencia

a) Si____ b) No____

6.- Delitos anteriores

a) Delito_____ Con sentencia____ Preventiva____

Tiempo de reclusión: Meses_____ Años_____

b) Delito_____ Con sentencia____ Preventiva____

Tiempo de reclusión: Meses_____ Años_____

c) Delito_____ Con sentencia____ Preventiva____

Tiempo de reclusión: Meses_____ Años_____

d) Delito_____ Con sentencia____ Preventiva____

Tiempo de reclusión: Meses_____ Años_____

e) Delito_____ Con sentencia____ Preventiva____

Tiempo de reclusión: Meses_____ Años_____

7.- Observaciones

R:.....
.....
.....
.....
.....

III. ANTECEDENTES CLÍNICOS

1.- Antecedentes de consumo de bebidas alcohólicas (Abuso de alcohol)

a) Mucho____ b) Poco____ c) Nada____

2.- Antecedentes de consumo de drogas (Abuso de sustancias)

a) Mucho____ b) Poco____ c) Nada____

3.- Antecedentes de farmacodependencia

a) Mucho____ b) Poco____ c) Nada____

4.- Antecedentes psiquiátricos

a) Si____ b) No____

5.- Antecedentes de maltrato en la niñez y adolescencia

a) Maltrato físico____ b) Maltrato psicológico____ c) Maltrato verbal____

d) Otro_____

6.- Antecedentes de maltrato en la juventud y adultez

a) Maltrato físico____ b) Maltrato psicológico____ c) Maltrato verbal____

d) Otro_____

7.- Antecedentes de abuso psicosexuales

a) Si____ b) No____

8.- Antecedentes de las relaciones interpersonales con la familia (Anterior a su situación actual)

a) Buena____ b) Regular____ c) Mala____ d) No tiene____

9.- Antecedentes de las relaciones interpersonales con la familia (Actualmente)

a) Buena____ b) Regular____ c) Mala____ d) No tiene____

10.- Información adicional

R:.....

.....

.....

Anexo 3.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA
JURIDICO-FORENSE (INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA)**

(Lequepi, M. J., 2020)

INSTRUCCIONES: Llene con letra imprenta las líneas en blanco y marque con una “X” dentro de los paréntesis de acuerdo a su decisión.

Lugar y Fecha: La Paz, _____ de _____ 20_____

Yo _____ con C.I. N° _____

Declaro que he sido informado por el evaluador sobre los objetivos, instrumentos y técnicas, procedimientos y la confidencialidad de la evaluación psicológica jurídico-forense (investigación científica). Así mismo, se me ha dado a conocer el derecho que tengo a no aceptar participar en esta evaluación psicológica jurídico-forense.

Por lo tanto,

1. Declaro que SI () NO () estoy totalmente de acuerdo en participar en la presente evaluación psicológica jurídico-forense (investigación científica) y que los resultados de la misma sean utilizados para los objetivos que tiene la misma. Esta decisión, la tomo de manera libre y voluntaria.
2. Por lo cual SI () NO () asumo el compromiso a participar en la presente evaluación psicológica jurídico-forense (investigación científica) de manera responsable y disciplinada. Así mismo, de cumplir las instrucciones que el evaluador me indique para esta evaluación.

Firma y Nombre/s Apellido/s de la evaluada

Firma y Nombre/s Apellido/s del evaluador

Cuadro 1.

POBLACIÓN PENITENCIARIA A NIVEL NACIONAL

DESCRIPCIÓN	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	A JUNIO 2019
Bolivia	7.442	6.222	6.103	6.215	6.436	7.331	7.460	7.433	7.954	9.406	11.516	14.272	14.415	14.220	13.672	16.038	17.836	18.368	19.064
La Paz	1.715	1.434	1.406	1.432	1.483	1.689	1.742	1.713	1.833	1.971	2.626	3.238	2.909	2.870	2.674	3.312	3.754	4.073	4.257
Santa Cruz	2.490	2.082	2.042	2.079	2.153	2.453	2.529	2.487	2.661	3.255	4.122	5.466	5.578	5.638	5.281	6.005	6.593	6.676	6.901
Cochabamba	1.583	1.323	1.298	1.322	1.369	1.559	1.608	1.581	1.692	2.000	2.187	2.332	2.473	2.280	2.322	2.690	2.838	2.660	2.825
Oruro	217	182	178	181	188	214	221	217	232	300	411	527	573	604	569	681	760	956	978
Potosí	394	330	324	329	341	389	401	394	422	363	418	555	559	525	581	688	770	794	815
Chuquisaca	131	110	108	110	113	129	133	131	140	267	336	361	488	518	528	603	722	755	714
Tarija	346	290	284	289	300	341	352	346	370	546	603	789	807	744	745	840	1.084	1.096	1.153
Beni	450	376	369	375	389	443	457	449	480	544	620	736	743	745	753	849	912	987	1.048
Pando	115	96	94	96	100	113	117	115	123	160	193	268	285	296	219	370	403	371	373

Ministerio de Gobierno, Dirección General de Régimen Penitenciario y Supervisión, La Paz - Bolivia, 2019

Cuadro 2.

POBLACIÓN PENITENCIARIA POR GÉNERO

DESCRIPCIÓN		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	A JUNIO 2019
Bolivia	VARONES	5.834	5.400	5.317	5.415	5.551	6.387	6.551	6.563	6.990	8.337	10.172	12.519	12.820	12.926	12.560	14.690	16.437	16.890	17.579
	MUJERES	1.608	822	786	800	885	944	1.009	870	964	1.069	1.344	1.753	1.595	1.294	1.112	1.348	1.399	1.478	1.485
Chuquisaca	Varones	166	154	151	154	158	182	187	187	199	237	290	333	447	471	494	569	680	709	669
	Mujeres	25	13	12	12	14	14	15	13	15	16	21	28	41	47	34	34	42	46	45
La Paz	Varones	1.282	1.187	1.168	1.190	1.220	1.403	1.440	1.442	1.536	1.832	2.235	2.676	2.479	2.509	2.374	2.934	3.344	3.631	3.815
	Mujeres	535	274	262	266	295	314	336	290	321	356	447	562	430	361	300	378	410	442	442
Cochabamba	Varones	977	904	890	906	929	1.069	1.097	1.099	1.170	1.396	1.703	2.017	2.143	2.004	2.082	2.398	2.588	2.452	2.577
	Mujeres	291	149	142	145	160	171	182	157	174	193	243	315	330	276	240	292	250	208	248
Oruro	Varones	195	181	178	181	186	214	219	220	234	279	341	461	505	536	508	598	667	815	836
	Mujeres	60	31	29	30	33	35	38	33	36	40	50	66	68	68	61	83	93	141	142
Potosí	Varones	208	193	190	193	198	228	234	234	249	297	363	495	516	489	540	637	712	736	763
	Mujeres	42	22	21	21	23	25	27	23	25	28	35	60	43	36	41	51	58	58	52
Tarija	Varones	341	316	311	317	325	373	383	384	409	487	595	726	746	695	706	792	1.022	1.048	1.095
	Mujeres	59	30	29	29	33	35	37	32	35	39	49	63	61	49	39	48	62	48	58
Santa Cruz	Varones	2.233	2.066	2.035	2.072	2.124	2.444	2.507	2.512	2.675	3.190	3.893	4.868	5.022	5.241	4.938	5.624	6.172	6.241	6.463
	Mujeres	538	275	263	268	296	316	338	291	323	358	450	598	556	397	343	381	421	435	438
Beni	Varones	328	304	299	305	312	359	369	369	393	469	572	696	691	696	706	785	860	897	1.002
	Mujeres	39	20	19	20	22	23	25	21	24	26	33	40	52	49	47	64	52	90	46
Pando	Varones	104	96	95	96	99	114	117	117	124	148	181	247	271	285	212	353	392	361	359
	Mujeres	18	9	9	9	10	10	11	10	11	12	15	21	14	11	7	17	11	10	14

Cuadro 3.

POBLACIÓN PENITENCIARIA POR CAUSA

DESCRIPCIÓN		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	A JUNIO 2019
Bolivia	Ejecutoriada	2.193	1.989	2.233	1.843	2.377	2.418	2.577	4.242	5.055	5.420	6.029	6.208
	Preventiva	4.743	5.996	7.173	9.257	11.895	11.997	11.643	9.430	10.983	12.416	12.339	12.856
La Paz	Ejecutoriada	457	373	419	381	421	372	824	762	818	995	1.146	1.151
	Preventiva	1.229	1.332	1.552	2.177	2.817	2.537	2.046	1.912	2.494	2.759	2.927	3.106
Santa Cruz	Ejecutoriada	439	562	673	505	606	609	578	1.754	2.023	2.466	2.463	2.459
	Preventiva	1.891	2.170	2.582	3.512	4.860	4.969	5.060	3.527	3.982	4.127	4.213	4.442
Cochabamba	Ejecutoriada	622	445	427	317	529	561	307	801	916	441	752	782
	Preventiva	930	1.379	1.573	1.791	1.803	1.912	1.973	1.521	1.774	2.397	1.908	2.043
Oruro	Ejecutoriada	84	96	86	103	117	131	138	155	176	249	255	308
	Preventiva	133	168	214	304	410	442	466	414	505	511	701	670
Potosí	Ejecutoriada	87	143	91	70	80	77	184	125	187	194	278	273
	Preventiva	152	228	272	337	475	482	341	456	501	576	516	542
Chuquisaca	Ejecutoriada	45	78	99	104	117	150	132	174	217	274	359	382
	Preventiva	52	84	168	212	244	338	386	354	386	448	396	332
Tarija	Ejecutoriada	77	142	199	236	191	198	182	198	191	481	554	566
	Preventiva	113	193	347	373	598	609	562	547	649	603	542	587
Beni	Ejecutoriada	114	218	191	168	268	252	166	163	373	176	129	116
	Preventiva	176	365	353	438	468	491	579	590	476	736	858	932
Pando	Ejecutoriada	48	47	48	54	65	69	66	110	154	144	93	171
	Preventiva	67	77	112	113	203	216	230	109	216	259	278	202

Ministerio de Gobierno, Dirección General de Régimen Penitenciario y Supervisión, La Paz - Bolivia, 2019



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

MINISTERIO DE GOBIERNO

ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

MINISTERIO DE GOBIERNO

Dra Rivera
73201447



CP

La Paz, 15 de noviembre de 2021
CITE: DDRP - STRIA. N° 1550/2021

Señora:

Tcnl. DEAP Maribel Barrenechea Zambrana
DIRECTORA DEL CENTRO PENITENCIARIO FEMENINO DE MIRAFLORES
Presente.-

Ref.: SU CONOCIMIENTO.

De mi consideración:

Mediante la presente, pongo a su conocimiento que se dio curso a la nota suscrita por el Sr. Juan Julio Lecoña Mamani, quien solicita autorización de ingreso al recinto que preside, para realizar entrevistas a personas privadas de libertad para culminar su Tesis de Grado.
En ese entendido, solicitamos se tomen todas las medidas de bioseguridad y seguridad en aplicación de la Ley N° 2298.

Sin otro particular, me despido con las consideraciones más distinguidas.

Atentamente:



PR/Nov
Cc/Archivo
Adj. F. (6)

"2021 AÑO POR LA RECUPERACIÓN DEL DERECHO A LA EDUCACIÓN"

