



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TITULO:

“LA RECLUSIÓN QUE SUFREN LAS INTERNAS DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO DE QUITO Y SU RELACIÓN CON LA HOMOSEXUALIDAD SITUACIONAL ABRIL – OCTUBRE 2011”.

Tesis previa a la obtención del
Título de Psicólogo Clínico

AUTOR:

Freddy Vicente Azanza Villacís

DIRECTOR:

Dr. Armando Camino Proaño

**LOJA – ECUADOR
2012**

CERTIFICACIÓN

Dr. Armando Camino Proaño

**DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DEL ÁREA
DE LA SALUD HUMANA**

CERTIFICA:

Que el trabajo de investigación de tesis titulado: **"LA RECLUSIÓN QUE SUFREN LAS INTERNAS DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO DE QUITO Y SU RELACIÓN CON LA HOMOSEXUALIDAD SITUACIÓN AL ABRIL - OCTUBRE 2011"** realizado por el egresado: Freddy Vicente Azanza Villacís ha sido elaborado bajo mi dirección, el mismo que se encuentra dentro de los procedimientos legales que exige la institución.

Por lo que autorizo su presentación ante el organismo competente, para que le de el trámite correspondiente.

Loja, mayo de 2012

Dr. Armando Camino Proaño

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

TODAS LOS CONCEPTOS, HERRAMIENTAS INVESTIGATIVAS DISEÑADAS, RESULTADOS, CONCLUSIONES Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PLASMADOS EN EL PRESENTE TRABAJO INVESTIGATIVO SON DE ABSOLUTA RESPONSABILIDAD Y PROPIEDAD DEL AUTOR:

FREDDY VICENTE AZANZA VILLACÍS

DEDICATORIA

Dedico no solo este trabajo sino toda mi vida de formación que se resume ahora en este texto, en primer lugar para las personas mas importantes de mi vida, mi padre Vicente mi mayor inspiración de lo que significa ser responsable, trabajador y abnegado a una familia; para mi madre Albita mi motivadora personal y fuente inagotable de amor y comprensión; para mis mejores compañeros y amigos con los cuales he vivido todo tipo de experiencias y sin importar las mismas nos hemos mantenido juntos ahora y siempre mis hermanos Danny Eder.

Así mismo dedico este proceso de formación a mi segunda madre, mi abuelita Clarita que aun la tengo físicamente conmigo y a través de ella a mis abuelitos Angelito y Beliquito y a mi abuelita Jesús, que desde el cielo me han sabido apoyar en aquellos momentos que me sentía derrotado.

Dedico este último esfuerzo en esta fase de mi vida a todos mis tíos, tías, primas, primos y a mi pequeña sobrinita Danielita; a mis amigos y amigas del jardín, escuela, colegio, universidad y de toda mi existencia, ya mi enamorada Adriana el amor de mi vida, que siempre estuvo conmigo y sabe mejor que nadie el gran esfuerzo que tuve que vivir al estar lejos de casa, de mi familia y de ella, todo por consolidar este proyecto que ahora es una realidad.

Finalmente quiero dedicar este proyecto a mi gran profesor, amigo y camarada el Dr. Efraín Muñoz quién siempre me brindo sus consejos profesionales y personales para mi mejoramiento en todas las esferas de la vida, para ti Efraín este trabajo que guiaste en su gran mayoría, que es una muestra mas del gran docente y luchador que pierde la UNL producto de la amarga realidad que ahora vive nuestra institución.

FREDDY

AGRADECIMIENTO

A las instituciones educativas que me han acogido y a los grandes docentes de las mismas que me han sabido formar desde el jardín “Pío Jaramillo”, la escuela “Miguel Riofrío No. 1”, el colegio “La Dolorosa” y finalmente a la gran mayoría del personal académico y administrativo de la Universidad Nacional de Loja y muy especialmente de mi querida Área de la Salud Humana y de mi amada carrera Psicología Clínica, aunque actualmente está secuestrada por manos oportunistas y corruptas; mi agradecimiento es sincero y mi esperanza prevalecerá, esperando que algún día la UNL se pueda liberar de aquellos entes oscuros que cubren su brillo.

Así mismo agradezco a las autoridades del Centro de Rehabilitación Social Femenino de Quito, por brindarme las facilidades logísticas y bibliográficas para el desarrollo de este proyecto; al Dr. Armando Camino Psiquiatra de los Centros de Rehabilitación de Quito quien dirigió este trabajo y gracias a sus consejos y observaciones permitieron enriquecer el mismo; finalmente un agradecimiento muy especial y sincero a todas aquellas mujeres internas en el CRSF-Q (Centro de Rehabilitación Social Femenino de Quito) que depositaron sus vivencias y experiencias mas intimas en esta investigación; jamás las olvidare, gracias a ustedes pude darme cuenta lo que significa realmente supervivir en un mundo tan injusto e inequitativo. Gracias mujeres luchadoras.

Finalmente agradezco al glorioso por siempre FRENTE DE IZQUIERDA UNIVERSITARIO (FIU) y a mi inmortal PARTIDO DE LOS TRABAJADORES DEL ECUADOR (PTE) que también me formaron durante mi paso por la UNL, mediante el ejemplo y guía de mis camaradas y hermanos de clase, permitiéndome terminar la Universidad no solo como profesional sino también como un luchador popular y amante de la igualdad social, este trabajo es ejemplo claro de la capacidad intelectual de los militantes que pertenecemos a estos organismos. *“Intentaran reprimirnos pero jamás nos callarán”*.

Gracias a todos y todas por su apoyo, motivación e inspiración.

ÍNDICE DE TESIS

| Contenidos | Pág. |
|---|------|
| PORTADA | I |
| CERTIFICACIÓN | II |
| AUTORÍA | III |
| DEDICATORIA | IV |
| AGRADECIMIENTO | V |
| ÍNDICE | 6 |
| A. Título | 8 |
| B. Resumen | 9 |
| Summary | 10 |
| C. Introducción | 11 |
| D. Revisión de Literatura | 14 |
| Capitulo I. Trastornos Identidad Sexual | 14 |
| Capítulo II. La Delincuencia | 20 |
| E. Materiales y Métodos | 28 |
| F. Resultados | 33 |
| Tabla #1. Relaciones sentimentales o sexuales | 33 |
| Tabla #1.1. Influencia del encarcelamiento en la Modificación de las preferencias sexuales | 34 |
| Tabla #1.1.1 Factores que influyen en la modificación de Las preferencias sexuales | 35 |
| Tabla #2. Preferencias sexuales antes de ingresar al CRSFQ | 36 |

| | |
|---|----|
| Tabla #3. Diagnósticos de la personalidad | 37 |
| Tabla #4. Antecedentes disfuncionales | 38 |
| Tabla #5. Diagnósticos | 39 |
| Tabla #6. Resultados Minimental Test | 40 |
| Tabla #7. Tipos de familia | 41 |
| Tabla #8. Funcionalidad de las familias | 43 |
| Tabla #9. Estado civil de las internas | 44 |
| Tabla #10. Nivel de instrucción de las internas | 45 |
| Tabla #11. Proceso penal de las internas | 46 |
| Tabla #12. Edad de las internas | 47 |
| G. Discusión | 48 |
| H. Conclusiones | 54 |
| I. Recomendaciones | 57 |
| Plan de Intervención | 57 |
| Objetivo General | 58 |
| Objetivo Específico | 58 |
| Características del Plan de Intervención | 58 |
| Desarrollo del Trabajo | 61 |
| J. Bibliografía | 66 |
| K. Anexos | 68 |

A. TITULO

***LA RECLUSIÓN QUE SUFREN LAS INTERNAS DEL CENTRO DE
REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO DE QUITO Y SU RELACIÓN CON
LA HOMOSEXUALIDAD SITUACIONAL ABRIL – OCTUBRE 2011***

B. RESUMEN

El presente trabajo investigativo de tipo descriptivo se enfoca en estudiar la relación que existe entre la reclusión que sufren las Internas del Centro de Rehabilitación Social Femenino de Quito y el desarrollo de tendencias homosexuales situacionales, por lo que el objetivo primordial es determinar qué factores psico-ambientales a los cuales están expuestas las personas privadas de su libertad, influyen en la modificación de sus preferencias sexuales, y de qué forma los mismos afectan la identidad sexual y equilibrio emocional en la vida de las pacientes.

Se trabajó con 64 personas privadas de su libertad, dicha muestra fue determinada de un universo de 352 personas y cuyas edades oscilan de entre los 18 a 29 años de edad; se utilizaron como herramientas y métodos de recolección para la información **la Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica, el Minimental Test, la Entrevista Psicológica, la Observación Clínica, el Cuestionario de Personalidad SEAP si Modificado** y una **entrevista** construida y de propiedad del investigador del presente estudio, la cual indaga y determina las preferencias sexuales de las internas del centro de rehabilitación social femenino de Quito, elaborada en base a los criterios diagnósticos para el trastorno de la identidad sexual.

Gracias a las herramientas descritas anteriormente se determinó que los factores psico-ambientales como la **soledad y necesidad de protección física, la curiosidad y la necesidad sexual** están presentes en la cárcel de mujeres de Quito, influyen en la manifestación de conductas sexuales que serían difíciles de reproducirse en estas personas si estuvieran fuera de prisión, por lo que una de las principales recomendaciones, es el de buscar el equilibrio emocional de aquellas pacientes que se han identificado con tendencias homosexuales situacionales, recordando que la homosexualidad ha sido descartada como un trastorno o enfermedad y actualmente se ha convertido en una opción y estilo de vida.

SUMMARY

This work is a descriptive research, focus on study the relation that exists between the confinement that suffer women in the “Centro de Rehabilitación Social Femenino de Quito” and the development of situational homosexual behavior. So, the main objective is to determine which psycho-ambient factors that these people are exposed to, influence in the changing of their sexual preferences; and also in which way those factors affect the identity and emotional balance in the patient’s lives.

From a universe of 352 people, 64 people were taken to make this job. Their ages swing between 18 and 29 years old. The tools and methods that were used to gather information and determine the results, are the following: ***the integrative form of psychological evaluation, the minimal test, the psychological interview, the clinical observation, the modified SEAP si personality questionnaire*** and an ***interview*** that inquire into and shows which are the sexual preferences of the women inside the prison. This last interview was built based on diagnostic criteria for the sexual identity disorder.

Thanks to these tools, described above, was finally possible to determine that the psycho-ambient factors, **as loneliness and needing of physical protection, curiosity and sexual needing**, present in women jail in Quito, exceedingly influence in the demonstration of homosexual behavior, which apparently would be hard to reproduce in these people if they were outside the prison. So, one of the foremost advices is to look for the emotional balance in those patients that have identified themselves with situational homosexual tendencies; reminding that homosexuality has been discarded as a disorder or illness and at present it is considered as an option or life style.

C. INTRODUCCIÓN

El ingreso de una persona en prisión supone una de las experiencias más traumáticas en el desarrollo individual y social del mismo, mas aún en los últimos tiempos donde los índices de personas encarceladas en el mundo ha crecido; según el Centro Internacional de Estudios Penitenciarios mas de 8 750 000 personas se encuentran recluidas en las instituciones penales a nivel mundial, de este porcentaje de presidiarios un gran número se encuentran en las cárceles de Latinoamérica producto de políticas caducas que han provocado el hacinamiento en dichos centros, ya que según el Instituto Latinoamericano para la Prevención del Delito y el Tratamiento del Delincuente (ILANUD) Honduras, El Salvador y Bolivia son los países con mayor sobrepoblación carcelaria en esta región con el 108%, 67% y 62% de excedentes respectivamente, por otra parte Panamá con 335 presos por cada 100.000 habitantes, Chile con 212 presos por cada 100.000 habitantes y Costa Rica con 176 presos por cada 100.000 habitantes tienen los mayores índices de encarcelamiento de la región en relación al total de la población del país, mientras que Brasil con 194.074 presos, México con 139.707 presos y Argentina con 62.500 son quienes lideran la cifra de detenidos; aunque Ecuador no figura entre los países con mayores índices de prisioneros en nuestra región, no significa que posea excelentes políticas judiciales que eviten el hacinamiento, nuestro país según la Dirección Nacional de Rehabilitación Social posee internos 11.698 presos, lo cual excede con un 115% la capacidad máxima de las cárceles del país, por lo que se calcula que en el Ecuador existen 59 presos por cada 100.000.

Estas cifras nos llevan a un análisis mas allá del estadístico, y nos permite entender que el fenómeno del hacinamiento y del encarcelamiento como tal, afecta a las personas conllevando a la pérdida de sus roles individuales, sexuales, familiares y sociales; justamente una de las esferas mas afectadas es la sexual, conduciendo al desarrollo de conductas que tienen poca probabilidad de manifestarse fuera del ambiente carcelario, las cuales a su

vez generan desestabilidad e inseguridad en la identidad y estado de ánimo de la persona privada de libertad, convirtiéndose así este en el motivo primordial por el cual se ha decidido estudiar e investigar la interrelación que existen entre estas dos variables.

La realización del presente estudio, en primera instancia determina la prevalencia homosexual o lesbiánica sea esta habitual o situacional en las internas del centro de rehabilitación, señalando aquellos factores psico-ambientales que influyen en la modificación de sus preferencias sexuales; por lo que se establecerán mecanismos de intervención, que permitan precautelar la estabilidad emocional de las internas con este tipo de tendencias, siempre y cuando así lo requieran.

Se han aplicado varios instrumentos y herramientas investigativas, que han permitido recolectar una serie de informaciones que engloban al paciente en toda su dimensión, utilizando entre ellos: **Historia Clínica Psicológica** con la cual se exploró, valoró y diagnosticó a las ppl (Persona Privada de su Libertad); **“Minimental Test”** batería psicológica utilizada para valorar las funciones mentales en las pacientes; **“Inventario SEAP si Modificado para la Personalidad”** que permitió interrelacionar diagnósticos en la historia clínica y finalmente una **entrevista** construida y de propiedad del investigador del presente estudio, basada en indicadores referenciales sobre alteraciones en la identidad sexual y preferencias sexuales, con la cual se obtuvo la información más delicada e importante en las personas entrevistadas.

Finalmente se establece la existencia de factores psico – ambientales entre los que mencionamos a la soledad y necesidad de protección física, la curiosidad y la necesidad sexual, los cuales se encuentran afectando a las internas del Centro de Rehabilitación Social Femenino de Quito, generando en las mismas desequilibrios emocionales que alteran sus preferencias sexuales; por lo que se debe trabajar en estabilizar o fortalecer la identidad y

estado de ánimo en las internas que lo requieran, tratando de asegurar en ellas una calidad y estilo de vida lo más adecuada que se pueda dentro de un ambiente carcelario, y a su vez prepararlas para la futura reinserción social.

Para ello proponemos un tipo de intervención grupal, creando grupos de autoayuda, de esta forma poder acaparar el inmenso numero de pacientes y así mismo dar un seguimiento mas uniforme a las mismas, las sesiones se realizaran mínimo una vez por semana y se espera como resultado de la interacción entre las pacientes, el influir positivamente en cada una de ellas modificando pensamientos y conductas erróneas que son las que alteran su equilibrio emocional, por lo que el terapeuta se convertirá en el facilitador y orientador en los temas de discusión y definición de propuestas, permitiendo avanzar al grupo hacia soluciones reales y eficientes.

D. REVISIÓN DE LITERATURA

CAPITULO I: TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL

“Los Trastornos de la Identidad Sexual se caracterizan por una identificación marcada por pertenecer al sexo opuesto, y presentar además molestias e incomodidad con el sexo anatómico que se posee, dependiendo de la intensidad en que se manifieste este trastorno, las personas pueden expresar desde comportamientos propios al sexo opuesto del que poseen, hasta optar por cirugías para cambiar de sexo”¹.

“El sexo genético de un individuo se determina en el momento de la concepción, pero su identificación sexual está influida por varios factores bio-psico-sociales presentes a lo largo de su vida. El desarrollo fetal en las primeras semanas de vida, juega un papel importante para determinar cómo será tratado y modelado más adelante el individuo; la presencia del cromosoma Y en el embrión contribuirá para que las gónadas se diferencien en testículos, y la ausencia de dicho cromosoma en cambio permitirá que las gónadas se diferencien en ovarios.

Es importante destacar que el desarrollo de la estructura embrionaria genital *in útero* depende también de la presencia o ausencia de los andrógenos fetales (ej. Testosterona), por tanto, si en una mujer genéticamente determinada, aparece el andrógeno fetal desarrollará genitales masculinos, incluso en presencia de ovarios, y nacerá con genitales ambiguos. Así mismo, si no hay andrógenos fetales o si los receptores androgénicos son defectuosos, se desarrollarán genitales femeninos aunque el individuo posea testículos, y nacerá con genitales ambiguos, generando un dilema para la familia el cómo debe ser guiado y orientado el individuo.

¹www.OMS.org/saludmental/sexualidad

Para entender el accionar de otros factores en el desarrollo psico-sexual, primeramente debemos descomponer la conducta sexual en sus varios elementos. La **identidad sexual** es la percepción y autoconciencia que tiene el individuo de ser varón o mujer, el **rol sexuales** el comportamiento del individuo que lo identifica ante los otros como hombre o como mujer y la **orientación sexual** es la atracción erótica que siente un individuo.

Al parecer, la identidad sexual se desarrolla en los primeros años de vida y se establece a los 3 años de edad. Depende del sexo con el que se educa al sujeto, independientemente de los factores biológicos. Por tanto, una niña con feminización testicular crecerá con una identidad sexual femenina, aunque ella tenga testículos, si se le ha asignado el papel de niña y se la ha educado como tal. Así mismo, una niña genéticamente determinada con genitales ambiguos a causa de una hiperplasia suprarrenal congénita desarrollará una identidad sexual masculina si se le educa como a un niño.

La identidad sexual, una vez se ha establecido con firmeza, es muy resistente al cambio, por lo que es clave la educación y orientación que le sepa dar la familia al individuo, ya que una débil o mala orientación contribuirá a que la identidad sexual no se desarrolle de forma clara, y en una fase posterior de su vida pueda darse un posible cambio o confusión relativos a su identidad sexual.

A pesar de los estudios realizados aun no queda claro cuáles son los factores determinantes en la identificación sexual de un individuo, pero se puede manifestar que tanto las teorías biológicas como las psico-sociales están interrelacionadas en la determinación y orientación sexual; se desconoce la posible existencia de agentes biológicos aun no descubiertos que puedan influir en el desarrollo de la identidad sexual, y aún debe determinarse hasta donde llega el papel del modelaje del niño en personas de su mismo sexo, que le permitan reforzar su identificación”².

²www.tuotromedico.com/trastorno_identidad_genero

“El Trastorno de la Identidad Sexual en la niñez se lo identifica en aquellos niños y niñas que se perciben así mismos como pertenecientes al sexo opuesto, la dificultad en identificar a este tipo de niños radica en separar la identidad sexual del comportamiento del rol sexual, por ejemplo niños con una identidad sexual normal pueden jugar con muñecas, y muchas niñas, en nuestra cultura se comportan como “marimachos” y les gustan los juegos rudos y con contacto físico, por lo que la clave para identificar al trastorno es como se lo dijo en un inicio, el cómo se percibe el sujeto así mismo”³.

Los niños con problemas de identidad sexual expresan el deseo de llegar a pertenecer al sexo opuesto, desean tener una vagina y jugar a amamantar un bebé. Las niñas desean tener un pene y pueden simularlo con diversos objetos o bien orinar de pie. Los niños se ponen vestidos, se maquillan y se acicalan, mientras que las niñas se niegan a ponerse vestidos y llevan el pelo corto. Ambos sexos se identifican con modelos de rol del sexo opuesto”⁴.

“El tratamiento de los niños con trastorno de la identidad sexual se plantea como un intento de evitar al niño el ostracismo y la humillación por parte de sus compañeros, de ayudarlo a sentirse cómodo con su propio sexo y evitar el posible desarrollo de disforia sexual adulta. Psicoterapéuticamente se ha trabajado desde varias corrientes y técnicas, la terapia conductual se ha utilizado para modificar las conductas propias del sexo opuesto. El tratamiento de orientación analítica aborda las dinámicas familiares y las dinámicas individuales del niño. Tratamiento de enfoque ecléctico donde se permite un desarrollo estrecho entre el terapeuta varón y el niño, el cese de estimulación femenina por los padres y la interrupción de las relaciones excesivamente estrechas entre madre y el hijo, potencializando el rol padre e hijo”⁵.

³BARLOW-DURAND, PSICOPATOLOGÍA, trastornos de la identidad sexual

⁴DSM-IV/trastornos de la identidad sexual

⁵www.psiquiatria.com

“El trastorno de la identidad sexual en adultos es poco frecuente y su estudio aún es muy corto, generalmente las personas con problemas en su identificación sexual, solicitan con mucha frecuencia una reasignación de sexo para estar en consonancia con el sexo que perciben como propio, los varones solicitan un cambio de sexo con una frecuencia tres y cuatro veces superior a la de las mujeres, pero los cambios de sexo se realizan aproximadamente por igual en ambos sexos.

Debemos recordar que no todos los individuos que solicitan un cambio de sexo son transexuales, identificándose también a personas con homosexualidad afeminada. Según estudios realizados los varones transexuales son predominantemente homosexuales, sin embargo pacientes transexuales varones y mujeres por el temor a la atracción homosexual, eligen mantenerse asexuales antes que reconocer su orientación homosexual.

El trastorno de la identidad sexual en adultos se presenta concomitantemente con algunas patologías psiquiátricas como son el trastorno límite, antisocial o narcisista de la personalidad, abuso de sustancias, conductas autodestructivas o suicidas y psicosis. Por lo que un individuo que solicita un cambio de sexo requiere una valoración cuidadosa por parte de un psiquiatra o psicólogo, para poder diferenciar e identificar el trastorno primario, por ejemplo cuando se trata de una psicosis pueden presentar ideas delirantes centradas en sus genitales, las cuales normalmente desaparecen y aparecen constantemente, los individuos con graves trastornos de la personalidad pueden referir deseos pasajeros de cambiar de sexo, debido en parte a su alteración global de la identidad durante los períodos de estrés, los homosexuales afeminados desean cambiar de sexo para resultar más atractivos a los hombres, por lo general ese deseo fluctúa con el tiempo. Los transvestidos se excitan llevando ropas femeninas, aunque pueden tener una orientación homosexual o heterosexual, para aumentar su excitación pueden llegar a desear realmente

ser mujer, pero también en este caso el deseo no se mantiene durante mucho tiempo y su identidad sexual es masculina”⁶.

“Generalmente los pacientes con trastorno de la identidad sexual conciben a la psicoterapia como una vía para desalentarlos de la cirugía, es extremadamente difícil que acepten un tratamiento que no tenga como fin el cambio de sexo. No obstante, dado que la cirugía es irreversible, es importante someter al paciente a psicoterapia, incluso cuando esté indicada la operación. El terapeuta debe basar los objetivos de la terapia en los deseos del paciente, estos objetivos deben identificarse al comienzo de la terapia e incluir el consentimiento informado del paciente aceptando los posibles resultados y complicaciones secundarias de la psicoterapia.

Entre las técnicas y corrientes de mayor eficacia se encuentra la Psicoterapia de Apoyo con la cual podemos atender diferentes propósitos en caso de remisión del trastorno, en casos de que el diagnóstico no sea claro, en casos de que el paciente no pueda manejar el miedo a la homosexualidad, en ocasiones de que cambie el deseo de una reasignación de sexo y finalmente durante el proceso y adaptación al nuevo sexo. La terapia de conducta puede ser útil en varios casos de transexualismo masculino que desean cambiar su comportamiento afeminado, las cuales pueden ser modificadas con la ayuda de grabaciones en video y modelando las conductas masculinas mediante entrenamiento”⁷.

“Según estudios realizados la cirugía de reasignación de sexo, es la modalidad de tratamiento más ampliamente utilizada en adultos con trastorno de la identidad sexual, pero cuyos resultados favorables o no dependían del tipo de intervención terapéutica a la cual eran sometidos. Si se considera que el paciente es un candidato apropiado para la reasignación de sexo, debe instaurarse psicoterapia con el fin de prepararle para el nuevo

⁶DSM-IV/trastornos de la identidad sexual

⁷BARLOW-DURAND, PSICOPATOLOGÍA, trastornos de la identidad sexual

rol sexual. Los hombres deberán llevar vestidos, someterse a electrólisis y practicar conductas femeninas, pueden incluso cambiar su identidad en los documentos oficiales y en el trabajo. Las mujeres deberán cortarse el cabello, disimular o ceñir sus pechos y, de manera parecida a los hombres, tendrán que adquirir una identidad masculina. Después de 1 o 2 años, si estas medidas han resultado satisfactorias y el paciente todavía desea un cambio de sexo, se inicia el tratamiento biológico en primera instancia en base a la administración de hormonas masculinas en mujeres (testosterona) y hormonas femeninas en hombres (estrógenos), después de 1 o 2 años de tratamiento hormonal el paciente es considerado para la cirugía, cuyo fin es la amputación y eliminación de los caracteres sexuales (ej. Pene, senos, vagina, ovarios etc.)”⁸.

⁸www.tuotromedico.com/trastorno_identidad_genero

CAPITULO II: LA DELINCUENCIA

“La delincuencia es una expresión de rechazo o inconformidad, una muestra de descomposición social a la cual se requiere la aplicación de un procedimiento correctivo, que restaure las relaciones o el estado de derecho del individuo a quienes se les ha trasgredido su estabilidad jurídica.

Bajo los conceptos de conductas socialmente irregulares no se puede clasificar únicamente a la delincuente, existen otras más como la **conducta de inadaptación social** la cual es desarrollada por las personas que se apartan de la norma, sin que necesariamente tengan que realizar ninguna acción que entre en conflicto con su entorno y la **conducta desviada** que es la expresión de la inadaptación a través de comportamientos que trasgreden las normas sociales establecidas y que entrarían en conflicto con su entorno”⁹.

“Por lo que se considera como conducta delincuente aquella que interviene en un delito (acciones u omisiones dolosas o culposas penadas por la ley) en calidad de autor, cómplice o encubridor, o de cualquier actuación punible. Entre los factores relacionados con la delincuencia están; el sexo, hay más hombres delincuentes que mujeres; las habilidades, existen estudios que corroboran la relación entre un bajo coeficiente intelectual y delincuencia; el síndrome hiperquinético, niños muy impulsivos y no reflexivos tienen más posibilidades de delinquir, egocentrismo, poseen gran dificultad para visualizar las consecuencias de su acción, clase social, se asocia con las marginales; familia, se refiere a padres que dan poco o nada, apoyo moral, que coaccionan y castigan en demasía”¹⁰.

“Existen varios factores para determinar los tipos de delincuencia, los cuales permiten clasificar a la misma en menor y organizada. La delincuencia

⁹<http://www.galeon.com/Emilio-velazco>

¹⁰MARCHIORI Hilda PERSONALIDAD DEL DELINCUENTE, 222p

menor es la cometida por un individuo, y cuando mucho, por dos, y que tiene por objetivo la comisión de un delito que podría ser desde una falta menor hasta una grave y calificada, pero que no trascienden su escala y proporciones, es decir, no son cometidos por bandas, no hay una gran planeación en los hechos delictivos, o no se pretende operar permanentemente a gran escala (ej. Carterismo, asalto a transeúntes, violación, vandalismo, grafitis, robos a casas y vehículos, etc.)”¹¹.

“La delincuencia organizada o crimen organizado es aquella delincuencia que instrumentaliza racionalmente la violencia institucional de la vida privada y pública, al servicio de ganancias empresariales con rapidez, vinculando jerarquías políticas y judiciales mediante la corrupción y la impunidad.

Entre las características que manifiesta la delincuencia organizada están las siguientes: operan bajo una disciplina férrea, actúan en todos los niveles de la sociedad para obtener ganancias rápidas sin inversión previa de capital, comercializa bienes, productos y servicios de origen ilegítimo, actúan de manera impune en la clandestinidad y protegidas a veces por autoridades corruptas”¹².

Existen varios tipos de delincuentes según los estudios realizados, con los cuales se han podido identificar a los siguientes:

- **“Criminal Nato:** se caracterizan por la falta de remordimientos, insensibilidad moral y una marcada impulsividad. Manifiesta conductas promiscuas y alcohólicas, por su impulsividad pueden cometer fácilmente homicidio, emocionalmente el criminal nato es colérico, vengativo, celoso, mentiroso, cruel, ocioso y flojo”¹³.

¹¹Criminología, MANZANERA Rodríguez, 112p

¹²VELASCO Gamboa, LA DELINCUENCIA EN LA ERA DE LA GLOBALIZACIÓN, 157p

¹³Criminología, MANZANERA Rodríguez, 118p

- **“Delincuente Loco Moral:** se caracterizan por ser excesivamente antipáticos y egoístas, muy vanidosos e inteligentes, así mismo son personas bastante excitables, crueles e indisciplinadas”¹⁴.
- **“Delincuente Epiléptico:** se caracterizan por ser violentos e inescrupulosos, manifiestan tendencias homosexuales y depravadas, son vanidosos y propensos al suicidio, pueden presentar ataques epilépticos reales y larvados”¹⁵.
- **“Delincuente Loco:** se divide en el alcohólico, el histérico y el mattoide. El delincuente alcohólico se caracteriza porque el alcohol es un excitante que paraliza y narcotiza los sentimientos más nobles, generando sentimientos de apatía e indiferencia llegando incluso a la violencia y por ende a la delincuencia. El delincuente histérico es más común en mujeres, se caracterizan por ser egoístas, coléricos, vengativos, tendencia al erotismo, manifiestan delirios y alucinaciones y tendencias suicidas. El delincuente mattoide es común en los hombres, se manifiestan en edades adultas y están presentes en las grandes ciudades de culturas extrañas, se caracterizan por ser altruistas, sobrios, éticos y muy ordenados, manifiestan delirios de persecución persiguen y son perseguidos”¹⁶.
- **“Delincuentes Pasionales:** presentan una buena apariencia física, manifiestan una afectividad exagerada, frialdad emocional en el momento del delito y conmoción después del mismo intentando llegar al suicidio”¹⁷.

¹⁴MARCHIORI Hilda, PERSONALIDAD DEL DELINCUENTE, 225p

¹⁵VELASCO Gamboa, LA DELINCUENCIA EN LA ERA DE LA GLOBALIZACIÓN, 160p

¹⁶Criminología, MANZANERA Rodríguez, 120p

¹⁷ GODOY Fernández Carmen, CRIMINOLOGÍA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DELINCUENCIA, 223p

- **“Delincuente Ocasional:** encontramos a los pseudo criminales, a los criminaloides y a los habituales. Los delincuentes pseudo criminales son aquellos que cometen delitos involuntarios, no son reos pero no por eso son menos punibles, los autores de delitos en los cuales no existe ninguna perversidad pero que son considerables para la ley, los culpables de hurto, incendio, heridas y los duelos por defensa del honor y la familia. Los criminaloides son aquellos que un incidente los lleva al delito. Los delincuentes habituales desde tempranas edades son predispuestos al crimen”¹⁸.

“La delincuencia se ha originado por varios factores y causas psico-sociales, en donde podemos destacar a la perdida de los valores éticos, la pobreza, el desempleo, la subocupación y la insatisfacción de las necesidades básicas, así mismo los sistemas de educación formalistas que orientan a niños y jóvenes hacia una educación deshumanizada, el medio social en el cual se desenvuelve la persona donde la voracidad del mismo induce a jóvenes a asociarse en pandillas o bandas para no sentirse débiles, sistemas de justiciadeficientes y corruptos que no intervienen en los problemas de fondo de la delincuencia, y finalmente los sistemas carcelarios en donde las prisiones son verdaderas academias del delito”¹⁹.

“En lo referente al tipo de intervención más eficiente que se puede aplicar en los delincuentes, sabemos que los resultados no son nada alentadores, los menos tratables son los psicópatas y no existe un tratamiento eficaz para este tipo de delincuente que no sea el de mantenerlo encerrado.

En general los tratamientos que se han aplicado son de tipo médico, psicológico y social. En los tratamientos médicos se han utilizado fármacos con el fin de que los sujetos sean más manejables en la psicoterapia, los resultados son ambiguos y nulos a largo plazo.

¹⁸Criminología, MANZANERA Rodríguez, 122p

¹⁹<http://www.scribd.com/doc/22471484/La-Delincuencia>

El tratamiento psicoterapéutico se lo puede enfocar desde varios enfoques, en la terapia cognitivo conductual se trata de modificar los esquemas cognitivos irracionales, en la terapia familiar e interpersonal se busca el mejoramiento de las relaciones del paciente con la familia que pudiesen ser parte de su trastorno de personalidad, y en el tratamiento psicodinámico se trata de resolver aquellos rasgos individuales que generan el trastorno de personalidad.

Socialmente se han creado centros comunitarios en donde el trabajo en grupo con amigos, familia y otros delincuentes se enfoca en la creación de ambientes consistentes que alteren de forma completa las circunstancias de la vida del sujeto. En conclusión, ninguno de los enfoques terapéuticos mencionados anteriormente ha permitido obtener resultados favorables, según los especialistas se recomienda como única medida de contención el encarcelamiento del paciente”²⁰.

“El ingreso de una persona en prisión supone su aislamiento afectivo y social, conlleva la pérdida de sus roles sexuales, familiares y sociales, y produce un deterioro de su propia identidad y de su autoestima. Su comportamiento es supervisado continuamente por los funcionarios de la prisión y corregido predominantemente por un sistema de normas formales que le exigen una subordinación que llega a lo servil y que invaden su intimidad.

La sociedad carcelaria está llena de valores, actitudes y escalas, existen los líderes aquellos de mayor peligrosidad y experiencia penitenciaria y delincencial y también los más bajos en donde se encuentran los internos físicos y psíquicamente débiles, los cuáles son aislados, también existen aquellos presos que son castigados por crímenes no aceptados por los propios reos (violadores de niños).

²⁰GODOY Fernández Carmen, CRIMINOLOGÍA PREVENCIÓN, 180pp

Como toda sociedad, en la cárcel existe una guía de comportamiento denominada el “Código del Preso”, el cual está integrado por normas que constituyen severos modelos de conducta para los internos, normas establecidas para defender los intereses de los reclusos y en oposición a las reglas oficiales de la prisión. El incumplimiento de este código conlleva una serie de sanciones que van desde el aislamiento a la burla hasta la “pena de muerte”.

El encarcelamiento genera un impacto psicosocial muy fuerte sobre el preso, el cual inicia desde el momento mismo de su ingreso a prisión, debiendo asumir el rol de inferioridad dentro del grupo, así mismo debe aprender a desarrollar nuevas formas de comer, vestir, dormir, trabajar, comunicarse, cambio en el consumo de drogas, conductas sexuales (homosexualidad), en definitiva debe aceptar las costumbres y valores de la comunidad de presos; la administración y la forma en como aprovecha todo el tiempo que tiene disponible, es fundamental para poder mantener de cierta manera un estilo y calidad de vida positivo para sí mismo”²¹.

“La adaptación a la situación anormalizadora de la prisión supone la adopción de pautas comportamentales adaptadas a dicho contexto y por tanto desadaptadas para el ambiente externo por ser consideradas inadaptadas, ineficaces y peligrosas, por este tipo de situaciones es que el preso no recibe una verdadera rehabilitación en los centros penitenciarios, ya que al salir de la cárcel su conducta aun predispuesta al ambiente carcelario reacciona exageradamente en el exterior, generando así situaciones conflictivas, e incluso de gran violencia. Por ende volvemos a ratificar que las instituciones penitenciarias son verdaderos centros para la formación de criminales.

Las instituciones penitenciarias se convierten en estructuras poderosas

²¹<http://www.prisiones.gov.do/welcome.htm>

frente a los reclusos, amenazando su integridad individual y personal, por lo que la única manera de que estas personas puedan sentirse adaptadas a las mismas, es autoafirmando hostilmente a todo aquel o aquello que tenga alguna vinculación con la institución, o también someterse enteramente a la misma, convirtiéndose así en un círculo vicioso del preso con el único fin de adaptarse al ambiente.

Entre estos dos extremos; enfrentamiento y sumisión, se encuentran las formas de adaptación del preso a la cárcel. Cuando el internamiento es por poco tiempo hay formas intermedias de adaptación entre ambos extremos, pero si el internamiento se prolonga, no le quedará más que elegir entre ambos extremos”²².

“El encarcelamiento como lo hemos manifestado anteriormente afecta ampliamente al individuo, donde la adaptación a la institución y al nuevo ambiente es clave para su supervivencia, basándose en las normas sociales de los reos; la institución rara vez tiene capacidad para garantizar la seguridad del preso, por lo que el compañerismo y el agrupamiento es una obligación tanto para defenderse como para dominar.

Por todo lo manifestado, podemos concluir que en prisión el recluso llega a no tener ningún control sobre su vida, dependiendo por completo del contexto que le rodea, tratando de adaptarse a lo que le dicte la institución o los reos de mayor jerarquía, y evidentemente no puede esperar nada bueno para él.

El desarrollar este tipo de conductas conllevaría a graves problemas cuando el preso salga en libertad, ya que al convertirse en un apático en la toma de sus decisiones y responsabilidades, le imposibilitaría el poder aprovechar las pocas oportunidades que se le ofrezcan”²³.

²²CARDENAS Mario, *Revista de Estadísticas Criminológicas N. 2*(FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO), 45pp

²³ http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/specials/2005/carceles/newsid_4393000/4393464.stm (ilainud (instituto Latinoamérica de naciones unidas para la investigación del delito)

“La salida de prisión debería significar la reintegración positiva a la sociedad del reo, es básico que en su salida pueda tener a alguien esperándole, disponer de una vivienda donde residir y tener un trabajo para ganarse la vida por medios legales; lastimosamente la gran mayoría de ex presidiarios no cuentan con la mayoría de estos pilares fundamentales para su integración a la sociedad, lo que se convierte en una posibilidad objetiva del regreso a prisión a corto o mediano plazo.

Como se lo manifestó anteriormente las necesidades mayoritarias para la reinserción social del ex presidiario están: la reintegración laboral que es la más importante permitiéndole desarrollar un trabajo con remuneración económica y gran significado emocional; la recomposición familiar marcada como la necesidad del apoyo familiar, tratando de reforzar los lazos con el miembro de la familia que ha permanecido recluido, y el tratamiento socio sanitario relacionado con el dejar las drogas o cualquier otro vicio que atente a la integridad y salud del individuo.

El proceso de reintegración social va a depender directamente del grado y forma del desarraigo social que se presentan en la vida del individuo. A medida que un sujeto está afectado por una sola de estas necesidades (trabajo, dejar las drogas, etc.) su proceso de reintegración será más fácil y su nivel de desarraigo menor. Por el contrario, una persona que presenta todas las necesidades, presentará un alto grado de desarraigo social, su proceso de reintegración será mucho más difícil puesto que su situación actual como las condiciones objetivas necesarias para la normalización de su vida social, son muy desfavorables”²⁴.

²⁴<http://www.direcciónnacionalderehabilitaciónsocial.com>

E. MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación de tipo descriptiva, trata comprender, registrar, analizar e interpretar las condiciones de la naturaleza carcelaria y la influencia de las mismas sobre las preferencias sexuales de las internas; para ello se ha decidido aplicar un conjunto de herramientas investigativas que describiremos a continuación.

- **FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA:** herramienta investigativa que permite obtener datos sobre antecedentes personales y sociales, el interés en hechos, fechas y eventos concretos así como en los sentimientos del paciente acerca de ellos. El propósito de esta herramienta es el proporcionar un amplio contexto y trasfondo en el cual pueda colocarse al paciente y al problema, es esencial que los problemas del paciente se sitúen en un contexto histórico de desarrollo apropiado, de modo que pueda determinarse con mayor confiabilidad las implicaciones terapéuticas.

La ficha integrativa de evaluación psicológica cubre la obtención de las siguientes informaciones:

- DATOS INFORMATIVOS (nombre, edad, estado civil, religión, instrucción, etc.)
- TIPO DE DEMANDA (implícita o explícita)
- ORIGEN DE LA CONSULTA (cliente, familiar, profesional e institucional)
- ANTECEDENTES DISFUNCIONALES
- BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR
- HISTORIA PSICOLÓGICA FAMILIAR Y/O GENOGRAMA
- RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS
- DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL PROBLEMA
- DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD
- CRITERIOS PRONÓSTICOS

- RECOMENDACIONES

Método: esta herramienta fue aplicada individualmente en cada una de las 64 personas privadas de libertad, designadas como muestra del estudio, su tiempo de aplicación fue de aproximadamente 20 minutos, permitiendo obtener información personal, social y familiar de las internas, así como también la determinación del diagnóstico del problema y de la personalidad, información clave para interrelacionar estas conclusiones con los resultados de las demás herramientas terapéuticas empleadas.

- **MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MINIMENTAL TEST):** La **Mini prueba del estado mental**, es un método muy utilizado pues permite identificar rápidamente a pacientes con déficits cognitivos importantes, sin embargo la prueba también tiene sus limitaciones, especialmente debido a que depende de respuestas verbales y escritas, lo que puede ser una limitación importante para pacientes ciegos, sordos, intubados o analfabetas. Su práctica toma únicamente entre 5 y 10 minutos, por lo que es ideal para aplicarse en forma repetida y rutinaria, es un cuestionario de 11 preguntas que abarca cinco funciones cognitivas superiores:

- ORIENTACIÓN
- RETENCIÓN
- ATENCIÓN
- CÁLCULO
- MEMORIA
- LENGUAJE

Su calificación máxima es de 30 puntos, un resultado por arriba de 27 puntos (de 30) se considera normal, una calificación por debajo de los

24 sugiere una demencia, con una valoración 23-21 demencia leve, 20-11 demencia moderada, menor de 10 demencia severa.

Método: reactivo utilizado en las 64 pacientes designadas para el estudio, su tiempo de aplicación por interna vario de entre 5 a 7 minutos, y debido a las condiciones de escolarización de las mismas no se presentaron mayores inconvenientes; permitiéndonos valorar las condiciones cognoscitivas de cada una de ellas, clave para los diagnósticos y conclusiones de la presente investigación.

- **CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SEAPSI/ MODIFICADO:** el cuestionario de personalidad sirve para hacer una valoración de la persona sobre la forma que tiene habitualmente de comportarse, los sentimientos que posee frente a determinadas circunstancias, sus principales actitudes, intereses, etc. Su aplicación va de entre 10 a 15 minutos, donde el paciente debe responder a 110 planteamientos, los cuales se dividen en 11 tipos de personalidad que son los siguientes:
 - PERSONALIDAD OBSESIVA
 - PERSONALIDAD PARANOIDE
 - PERSONALIDAD CICLOTÍMICA
 - PERSONALIDAD HISTRIÓNICA
 - PERSONALIDAD EVITATIVA
 - PERSONALIDAD DEPENDIENTE
 - PERSONALIDAD ESQUIZOTIPICO
 - PERSONALIDAD ESQUIZOIDE
 - PERSONALIDAD DISOCIAL
 - PERSONALIDAD LIMITE
 - PERSONALIDAD NARCISISTA

Método: reactivo psicológico aplicado a las 64 pacientes determinadas en la muestra de estudio, debido a la complejidad de la

mayoría de afirmaciones, de las condiciones de escolarización de las internas y nacionalidad de algunas, la media de tiempo de aplicación fue de 15 a 20 minutos, la utilización de esta herramienta psicoterapéutica permitió reafirmar conclusiones diagnósticas establecidas en la entrevista psicológica.

- **ENTREVISTA:** se caracteriza por ser una técnica de interrogación donde se desarrolla una conversación planificada con el sujeto entrevistado, cuyo fin es la obtención de información de las personas entrevistadas. La entrevista desarrollada en esta investigación, se basa en los criterios para poder diagnosticar el trastorno de la identidad sexual, y tiene como objetivos:
 - DETERMINAR LA PREFERENCIA SEXUAL POR PERSONAS DEL SEXO OPUESTO
 - DETERMINAR LA PREFERENCIA SEXUAL POR PERSONAS DEL MISMO SEXO
 - DIAGNOSTICAR EL TRASTORNO DE LA IDENTIDAD SEXUAL
 - DETERMINAR LA MANIFESTACIÓN DE TENDENCIAS HOMOSEXUALES SITUACIONALES

Método: herramienta construida por el investigador del presente estudio, es aplicada individualmente a las 64 personas privadas de su libertad, el tiempo de ejecución vario de 10 a 15 minutos dependiendo de las condiciones psico-socio-culturales del paciente (estado de ánimo, nivel de instrucción, nacionalidad, etc.), la información obtenida por esta herramienta se convierte en la más importante para el desarrollo de la temática, ya que permitió determinar la presencia de conductas homosexuales habituales y situacionales en las internas del centro de rehabilitación social, y además de ello conocer cuáles son los factores que predisponen a la aparición de las mismas.

- **OBSERVACIÓN CLÍNICA:** es un método de recopilación de información primaria de comportamientos o conductas manifiestas, mediante la percepción directa de los elementos del objeto estudiado, que se caracteriza por ser sistemático, válido y confiable.

Método: técnica aplicada todo el tiempo en cada una de las 64 entrevistas realizadas, por lo que su contribución fue fundamental y primordial para poder determinar las conclusiones diagnósticas a describir en la historia clínica.

- **ENTREVISTA PSICOLÓGICA:** técnica de interrogación donde se desarrolla una conversación directa con los pacientes que permitirá la obtención de datos informativos.

Método: la entrevista psicológica es el eje fundamental de la presente investigación, ya que durante la misma se aplicaron todas las herramientas mencionadas anteriormente, que han permitido obtener la información requerida y exigida para cumplir con los objetivos planteados, el tiempo promedio de cada entrevista osciló entre los 40 a 50 minutos por paciente.

F. RESULTADOS

TABLA #1
RELACIONES SENTIMENTALES O SEXUALES DE LAS INTERNAS
INVESTIGADAS DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL
FEMENINO DE QUITO CON PERSONAS DE SU MISMO SEXO
DURANTE EL PERIODO QUE HAN ESTADO RECLUIDAS ABRIL –
OCTUBRE DEL 2011

| VARIABLE | FRECUENCIA | % |
|--------------|------------|------------|
| SI | 22 | 34 |
| NO | 42 | 66 |
| TOTAL | 64 | 100 |

Fuente: CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO DE QUITO

Diseño: FREDDY AZANZA VILLACÍS

- **Análisis Cuantitativo:** según los datos obtenidos, el 34% de la muestra estudiada manifiesta que ha mantenido relaciones sentimentales o sexuales con personas de su mismo sexo; mientras que el 66% indica que no lo ha hecho.
- **Análisis Cualitativo:** según la información obtenida se marca un notable porcentaje de internas que han mantenido relaciones sentimentales o sexuales con personas de su mismo sexo durante su encarcelamiento, por lo que se tendrá que demostrar si es el encarcelamiento el factor responsable de dichas conductas.

GRÁFICO #1

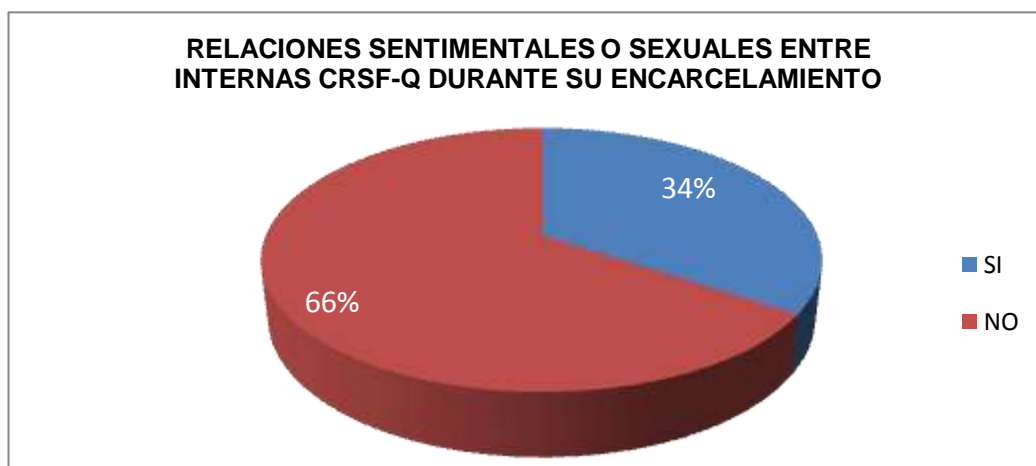


TABLA #1.1

INFLUENCIA DEL ENCARCELAMIENTO EN LA MODIFICACIÓN DE LAS PREFERENCIAS SEXUALES DE LAS INTERNAS QUE MANTUVIERON RELACIONES SENTIMENTALES Y/O SEXUALES CON PERSONAS DE SU MISMO SEXO DURANTE SU PERMANENCIA EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO DE QUITO DURANTE EL PERIODO ABRIL – OCTUBRE DEL 2011

| VARIABLE | FRECUENCIA | % |
|----------------|------------|------------|
| HA INFLUIDO | 13 | 68 |
| NO HA INFLUIDO | 9 | 32 |
| TOTAL | 22 | 100 |

Fuente: CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO DE QUITO

Diseño: FREDDY AZANZA VILLACÍS

- **Análisis Cuantitativo:** según los datos obtenidos, el 68% de la muestra estudiada manifiesta que el encarcelamiento ha influido en la modificación de sus preferencias sexuales; mientras que el 32% indica que no ha influido.
- **Análisis Cualitativo:** la información obtenida demuestra claramente, que el encarcelamiento es capaz de modificar las preferencias heterosexuales de las internas por conductas homosexuales situacionales, mediante la influencia de determinados factores.

GRÁFICO #1.1

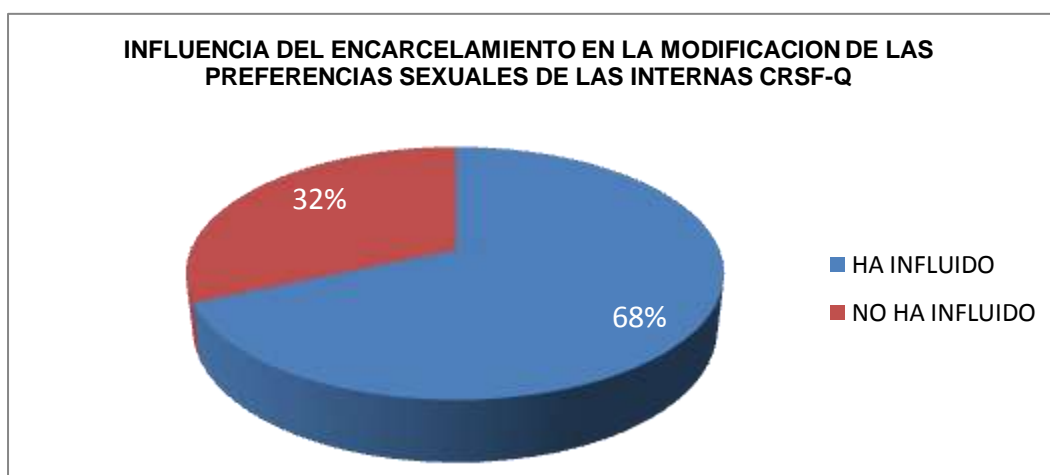


TABLA #1.1.1

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA MODIFICACIÓN DE LAS PREFERENCIAS SEXUALES DE LAS INTERNAS QUE MANTUVIERON RELACIONES SENTIMENTALES Y/O SEXUALES CON PERSONAS DE SU MISMO SEXO DURANTE SU PERMANENCIA EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO DE QUITO DURANTE EL PERIODO ABRIL – OCTUBRE DEL 2011

| VARIABLE | FRECUENCIA | % |
|-----------------------------|------------|------------|
| CURIOSIDAD | 4 | 31 |
| NECESIDAD SEXUAL | 1 | 8 |
| SOLEDAD Y PROTECCIÓN FÍSICA | 8 | 61 |
| TOTAL | 13 | 100 |

Fuente: CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO DE QUITO

Diseño: FREDDY AZANZA VILLACÍS

- **Análisis Cuantitativo:** el 61% de internas que presentaron modificación en sus preferencias sexuales se debieron a factores como la soledad y protección, 31% lo hicieron por curiosidad y el 8% por necesidad sexual.
- **Análisis Cualitativo:** la información determina finalmente que la homosexualidad situacional es una realidad y que los factores psicosociales presentes en la cárcel, como la soledad y necesidad de protección física, la curiosidad y la necesidad sexual, son los de mayor incidencia en la generación de este tipo de conductas.

GRÁFICO #1.1.1

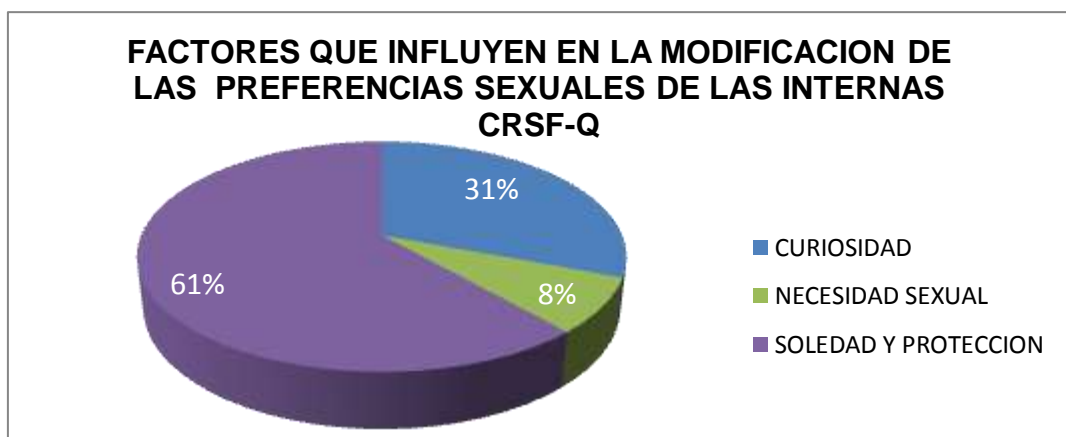


TABLA #2
PREFERENCIAS SEXUALES DE LAS INTERNAS INVESTIGADAS
ANTES DE INGRESAR AL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL
FEMENINO DE QUITO DURANTE EL PERIODO ABRIL – OCTUBRE DEL
2011

| VARIABLE | FRECUENCIA | % |
|-----------------------|------------|------------|
| HETEROSEXUAL | 55 | 86 |
| HOMOSEXUAL (lesbiana) | 6 | 9 |
| BISEXUAL | 3 | 5 |
| TOTAL | 64 | 100 |

Fuente: CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO DE QUITO
Diseño: FREDDY AZANZA VILLACÍS

- **Análisis Cuantitativo:** según los datos obtenidos, el 86% de la muestra estudiada marca como preferencia sexual la heterosexualidad antes de ingresar al centro de rehabilitación, el 9% la homosexualidad y el 5% manifiestan haber sido bisexuales.
- **Análisis Cualitativo:** la información obtenida manifiesta que la gran mayoría de pacientes antes de ingresar al centro de rehabilitación eran heterosexuales, por lo que esta variable será primordial al momento de comparar como ha influido el encarcelamiento en el desarrollo o no de conductas homosexuales en dichas internas.

GRÁFICO #2

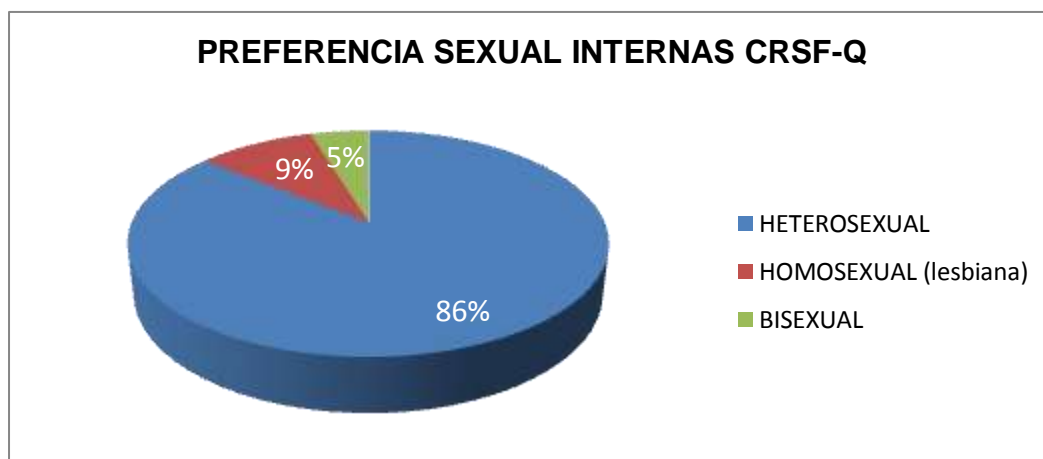


TABLA #3
DIAGNÓSTICOS DE LA PERSONALIDAD EN LAS INTERNAS
INVESTIGADAS DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL
FEMENINO DE QUITO DURANTE EL PERIODO ABRIL – OCTUBRE DEL
2011

| DIAGNÓSTICO | FRECUENCIA | % |
|---------------------------|------------|------------|
| R. P. HISTRIÓNICA | 13 | 20 |
| R. P. INESTABLE EMOCIONAL | 21 | 33 |
| R. P. EVITATIVA | 7 | 11 |
| R. P. PARANOIDE | 9 | 14 |
| R. P. DEPENDIENTE | 5 | 8 |
| R. P. ANTISOCIAL | 4 | 6 |
| OTROS | 5 | 8 |
| TOTAL | 64 | 100 |

Fuente: CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO DE QUITO

Diseño: FREDDY AZANZA VILLACÍS

- **Análisis Cuantitativo:** el 33% manifiesta rasgos inestables emocionales de la personalidad, el 20% rasgos histriónicos, 14% rasgos paranoides, 11% rasgos evitativos, 8% rasgos dependientes y de otras personalidades y con el 6% rasgos antisociales.
- **Análisis Cualitativo:** se manifiestan varios rasgos de personalidad, el más frecuente el inestable emocional, común en mujeres y una de las personalidades de mayor predisposición en el desarrollo de conductas homosexuales situacionales.

GRÁFICO #3

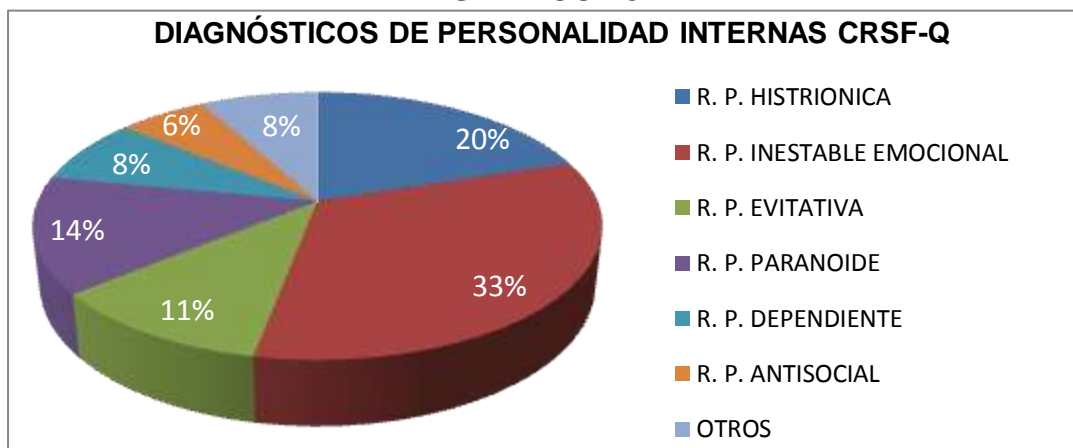


TABLA #4
ANTECEDENTES DISFUNCIONALES DE LAS INTERNAS
INVESTIGADAS DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL
FEMENINO DE QUITO DURANTE EL PERIODO ABRIL – OCTUBRE DEL
2011

| VARIABLE | FRECUENCIA | % |
|---|------------|------------|
| CONSUMO DE SUSTANCIAS Y ALCOHOL | 19 | 30 |
| TRASTORNO DEPRESIVO | 16 | 25 |
| ABUSO Y MALTRATO FÍSICO, PSICOLÓGICO Y SEXUAL | 12 | 19 |
| TRASTORNO ANSIOSO | 3 | 4 |
| SIN ANTECEDENTES | 14 | 22 |
| TOTAL | 64 | 100 |

Fuente: CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO DE QUITO

Diseño: FREDDY AZANZA VILLACÍS

- **Análisis Cuantitativo:** según los datos obtenidos el 30% de las pacientes manifestaron problemas con el consumo de sustancias y alcohol, el 25% padeció disfunciones depresivas, el 19% ha sido abusada y maltratada física, psicológica y sexualmente, el 4% manifestó problemas ansiosos y el 22% no ha padecido problema alguno.
- **Análisis Cualitativo:** la gran mayoría de personas evaluadas manifiestan haber padecido algún tipo de disfunción, existiendo un mayor índice de antecedentes de consumo de sustancias, lo cual se relaciona con el delito de mayor incidencia en las internas que es el tráfico de drogas.

GRÁFICO #4

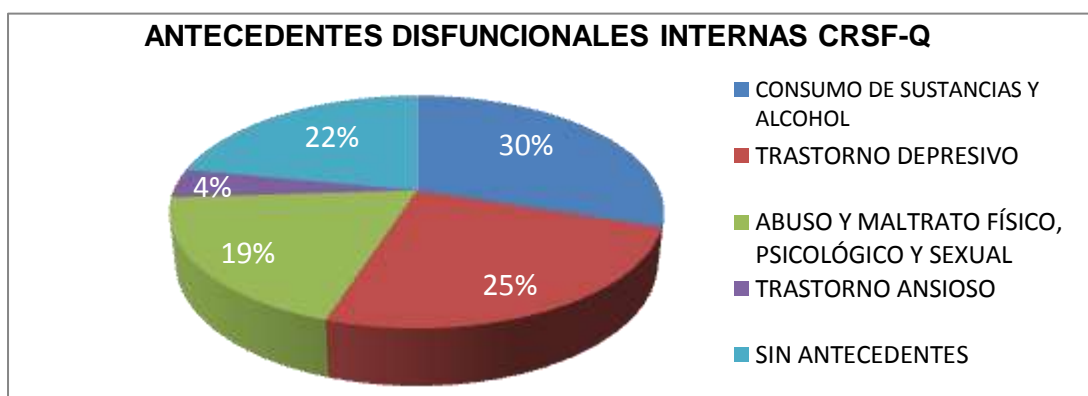


TABLA #5
DIAGNÓSTICOS DE LOS PROBLEMAS EN LAS INTERNAS INVESTIGADAS
DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO DE QUITO DURANTE
EL PERIODO ABRIL – OCTUBRE DEL 2011

| DIAGNÓSTICO | FRECUENCIA | % |
|---------------------------------------|------------|------------|
| TRASTORNO DEPRESIVO MENOR | 2 | 3 |
| TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR | 13 | 21 |
| TRASTORNO DISTÍMICO | 8 | 11 |
| SÍNDROME DE DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS | 9 | 15 |
| EPISODIO DEPRESIVO MAYOR | 4 | 6 |
| TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO | 4 | 6 |
| SIN ALTERACIONES | 24 | 38 |
| TOTAL | 64 | 100 |

Fuente: CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO DE QUITO
Diseño: FREDDY AZANZA VILLACÍS

- **Análisis Cuantitativo:** 38% sin alteraciones, 21% presenta trastorno depresivo mayor, 15% padece de dependencia a sustancias, 11% presenta trastorno distímico, 6% episodio depresivo mayor y trastorno mixto y el 3% padecen de trastorno depresivo menor.
- **Análisis Cualitativo:** la gran mayoría de internas manifiestan alteraciones una vez evaluadas, es considerable la presencia de trastornos del estado de ánimo y del consumo de sustancias como patologías prevalentes en este estudio y en el sexo femenino como tal.

GRÁFICO #5

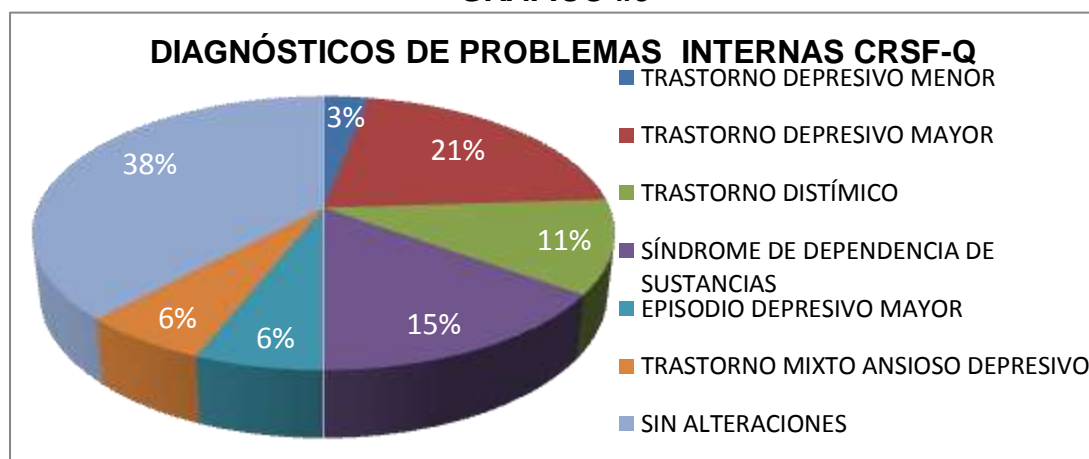


TABLA #6

**RESULTADOS MINIMENTAL TEST EN LAS INTERNAS INVESTIGADAS
DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO DE QUITO
DURANTE EL PERIODO ABRIL – OCTUBRE DEL 2011**

| VARIABLE | FRECUENCIA | % |
|------------------|------------|------------|
| ALTERACIONES | 12 | 19 |
| SIN ALTERACIONES | 52 | 81 |
| TOTAL | 64 | 100 |

Fuente: CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO DE QUITO
Diseño: FREDDY AZANZA VILLACÍS

- **Análisis Cuantitativo:** según la información obtenida, el 81% de las internas evaluadas no manifiestan alteraciones a nivel de sus funciones mentales, mientras que un 12% presenta algún tipo de alteración.
- **Análisis Cualitativo:** la información obtenida manifiesta que la mayoría de internas no presenta algún tipo de alteración cognitiva considerable, por lo que las disfunciones a nivel mental se descartarían como influyentes en la presencia de algún tipo de conducta homosexual.

GRÁFICO #6

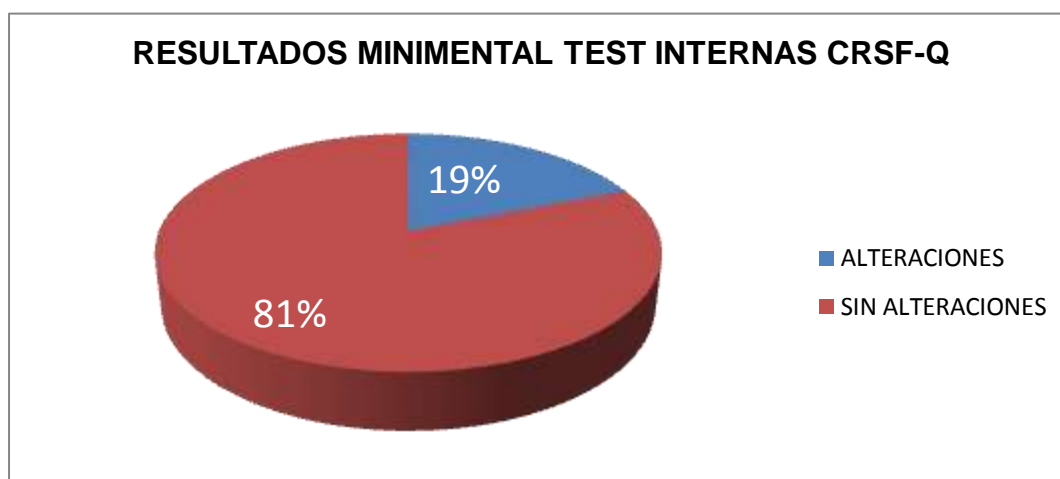


TABLA #7

TIPOS DE FAMILIA DE LAS INTERNAS INVESTIGADAS DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO DE QUITO DURANTE EL PERIODO ABRIL – OCTUBRE DEL 2011

| VARIABLE | FRECUENCIA | % |
|-----------------|-------------------|------------|
| NUCLEAR | 8 | 14 |
| EXTENSA | 2 | 3 |
| MONOPARENTAL | 28 | 42 |
| HOMOPARENTAL | 10 | 16 |
| ENSAMBLADA | 16 | 25 |
| TOTAL | 64 | 100 |

Fuente: CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO DE QUITO

Diseño: FREDDY AZANZA VILLACÍS

| TIPOLOGÍA FAMILIAR | |
|---------------------------------------|---|
| FAMILIA NUCLEAR O ELEMENTAL | Es la unidad de base de toda sociedad, la familia básica, que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia. |
| FAMILIA EXTENSA O CONSANGUÍNEA | Se compone de más de una unidad nuclear siempre y cuando coexistan bajo un mismo techo, se extiende mas allá de dos generaciones y esta basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías sobrinos, primos y demás. |
| FAMILIA MONOPARENTAL | Es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes, ya sea porque los padres se han separado y los hijos quedan al cuidado de uno de los padres, por lo general la madre, excepcionalmente, se encuentran casos en donde es el hombre el que cumple con esta función; por último da origen a una familia monoparental el fallecimiento de uno de los cónyuges |

| | |
|-----------------------------|--|
| FAMILIA HOMOPARENTAL | Pareja de hombres o de mujeres que se convierten en progenitores de uno o más niños. Las parejas homoparentales pueden ser padres o madres a través de la adopción, de la maternidad subrogada o de la inseminación artificial en el caso de las mujeres. También se consideran familias homoparentales a aquellas en las que uno de los dos miembros tiene hijos de forma natural de una relación anterior. |
| FAMILIAS ENSAMBLADAS | Estructura familiar originada en el matrimonio o unión de hecho de una pareja, en la cual uno o ambos de sus integrantes tienen hijos provenientes de un casamiento o relación previa. |
| FAMILIA SIN VÍNCULOS | Grupo de personas, sin lazos consanguíneos, que comparten una vivienda y sus gastos, como estrategia de supervivencia. |

- **Análisis Cuantitativo:** según la información obtenida el 42% de las internas pertenecen a un tipo de familia monoparental, el 24% forma parte de un tipo de familia ensamblada, el 16% posee un tipo homoparental, el 14% de tipo nuclear y el 3% de tipo extensa.
- **Análisis Cualitativo:** como marcan los resultados, los tipos de familia predominantes en las internas evaluadas son la monoparental y la ensamblada, debido a las condiciones socio-económicas de las cuales provienen las mismas, marcando una notable diferencia con el tipo de familia más común que es la nuclear; así mismo es importante observar la presencia considerable del nuevo tipo de familia que es la homoparental.

GRÁFICO #7

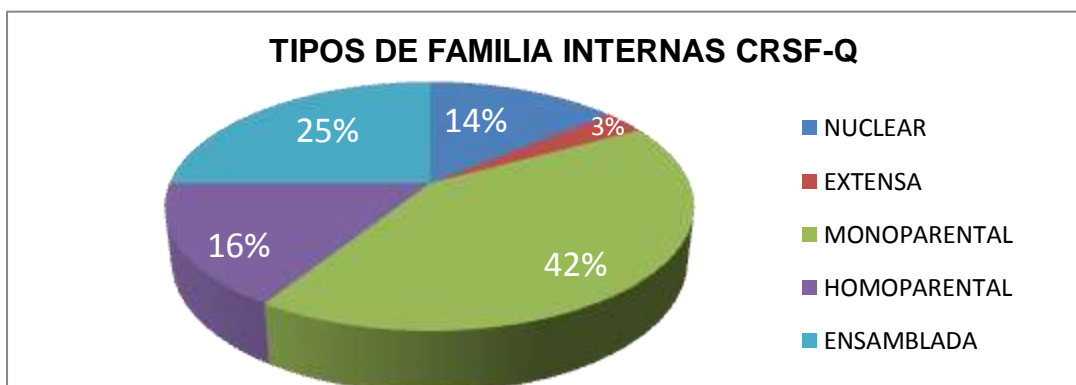


TABLA #8

FUNCIONALIDAD DE LAS FAMILIAS DE LAS INTERNAS
INVESTIGADAS DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL
FEMENINO DE QUITO DURANTE EL PERIODO ABRIL – OCTUBRE DEL
2011

| VARIABLE | FRECUENCIA | % |
|----------------|------------|------------|
| FUNCIONALES | 32 | 50 |
| DISFUNCIONALES | 32 | 50 |
| TOTAL | 64 | 100 |

Fuente: CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO DE QUITO

Diseño: FREDDY AZANZA VILLACÍS

- **Análisis Cuantitativo:** según los resultados obtenidos el 50% de las familias de las internas es funcional; mientras que el otro 50% indica ser disfuncional.
- **Análisis Cualitativo:** como lo demuestran los resultados, la funcionalidad y disfuncionalidad familiar de las internas evaluadas es equitativo, siendo estas variables las predecesoras de los futuros estilos y calidad de vida de los integrantes de las mismas, remarcando que las condiciones socio-económicas bajo la cuales están expuestas estas personas, inciden en la presencia de niveles tan altos de disfuncionalidad familiar.

GRÁFICO #8

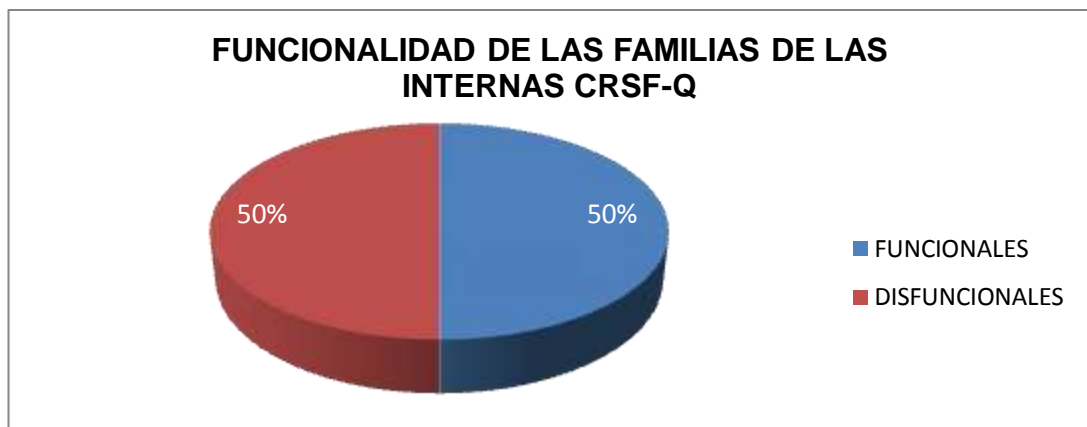


TABLA #9

ESTADO CIVIL DE LAS INTERNAS INVESTIGADAS DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO DE QUITO DURANTE EL PERIODO ABRIL – OCTUBRE DEL 2011

| VARIABLE | FRECUENCIA | % |
|--------------|------------|------------|
| CASADAS | 12 | 19 |
| DIVORCIADAS | 2 | 3 |
| SEPARADAS | 1 | 1 |
| UNIÓN LIBRE | 10 | 16 |
| VIUDAS | 1 | 1 |
| SOLTERAS | 38 | 60 |
| TOTAL | 64 | 100 |

Fuente: CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO DE QUITO

Diseño: FREDDY AZANZA VILLACÍS

- **Análisis Cuantitativo:** según los datos obtenidos el 60% de las internas investigadas son solteras, el 19% son casadas, el 16% se mantienen en unión libre, las divorciadas, separadas y viudas están con el 3% y 1% respectivamente.
- **Análisis Cualitativo:** se marca una notable identificación de mujeres solteras, las cuales al no poseer compromisos formales, pudiesen ser más vulnerables al desarrollo de conductas homosexuales, sin descartar la manifestación de estas tendencias en mujeres casadas o que se mantienen en unión libre, presentes en porcentajes considerables.

GRÁFICO #9

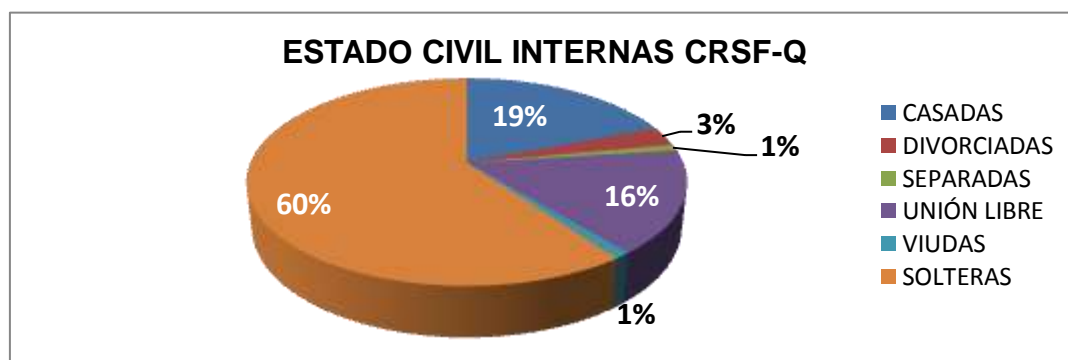


TABLA #10

**NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS INTERNAS INVESTIGADAS DEL
CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO DE QUITO
DURANTE EL PERIODO ABRIL – OCTUBRE DEL 2011**

| VARIABLE | FRECUENCIA | % |
|--------------|------------|------------|
| PRIMARIA | 18 | 28 |
| SECUNDARIA | 38 | 59 |
| SUPERIOR | 8 | 13 |
| TOTAL | 64 | 100 |

Fuente: CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO DE QUITO

Diseño: FREDDY AZANZA VILLACÍS

- **Análisis Cuantitativo:** la información procesada manifiesta que el 28% de las internas han estudiado hasta la primaria, el 59% hasta la secundaria y el 13% han cursado sus estudios hasta el nivel superior.
- **Análisis Cualitativo:** el poder determinar que el total de internas del presente estudio están instruidas, y en su mayoría con un nivel considerable, servirá como factor analítico para establecer si la educación científica, se convierte en un factor protector o vulnerable en el desarrollo de conductas homosexuales u otro problema.

GRÁFICO #10

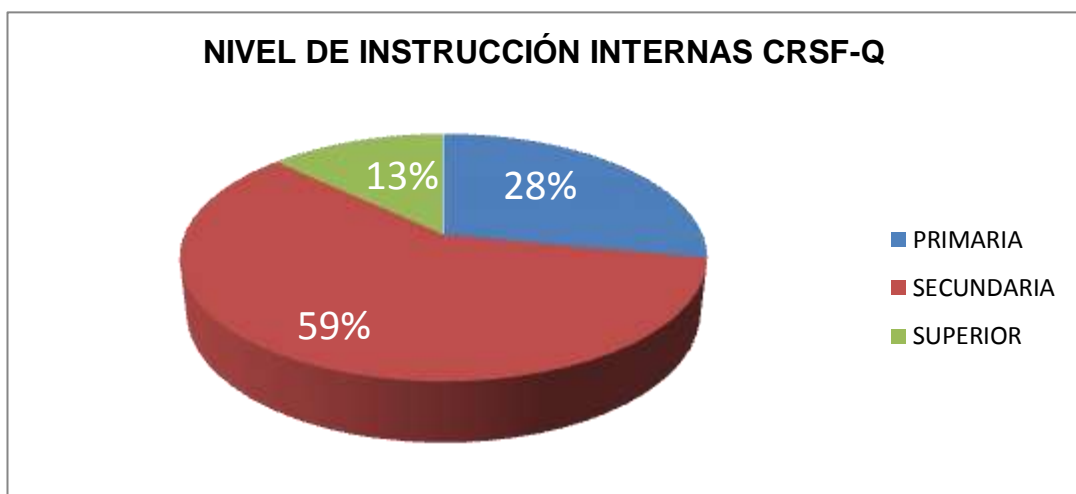


TABLA #11

PROCESO PENAL DE LAS INTERNAS INVESTIGADAS DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO DE QUITO DURANTE EL PERIODO ABRIL – OCTUBRE DEL 2011

| VARIABLE | FRECUENCIA | % |
|-----------------|------------|------------|
| SENTENCIADAS | 64 | 100 |
| NO SENTENCIADAS | 0 | 0 |
| TOTAL | 64 | 100 |

Fuente: CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO DE QUITO
Diseño: FREDDY AZANZA VILLACÍS

- **Análisis Cuantitativo:** el 100% de las internas que colaboran en la presente investigación han sido sentenciadas.
- **Análisis Cualitativo:** como lo demuestran los datos, el total de internas del presente estudio son sentenciadas, siendo uno de los criterios de inclusión y exclusión justamente esta variable, que permitirá determinar más fácilmente la presencia de tendencias homosexuales situacionales, ya que una vez sentenciadas las internas estarán ya adaptadas a su nuevo ambiente y comenzaran a desarrollar su vida.

GRÁFICO #11

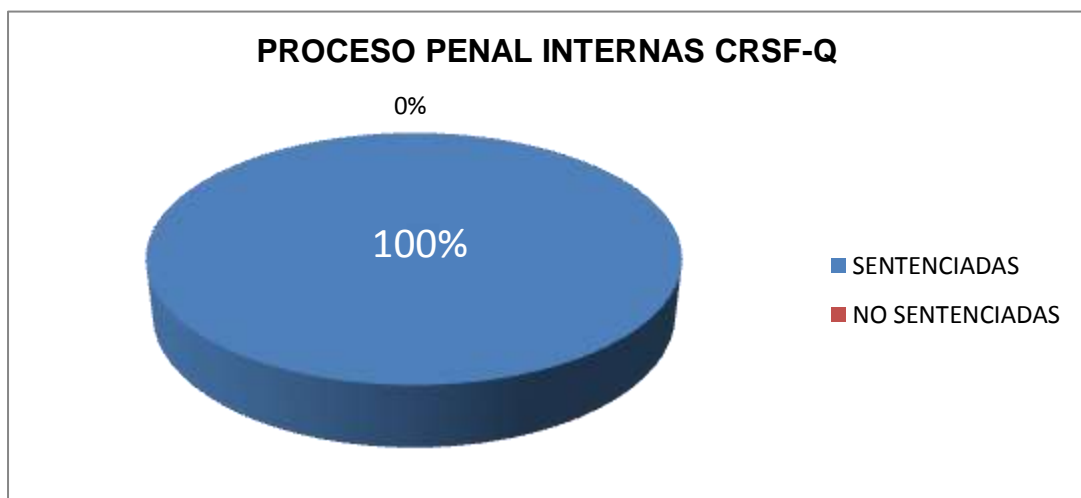


TABLA #12
EDAD DE LAS INTERNAS INVESTIGADAS DEL CENTRO DE
REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO DE QUITO DURANTE EL
PERIODO ABRIL – OCTUBRE DEL 2011

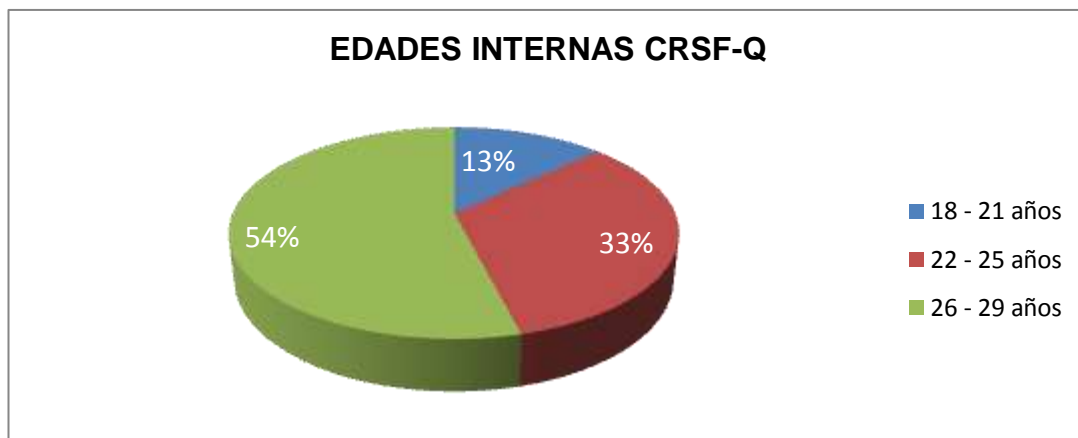
| VARIABLE | FRECUENCIA | % |
|--------------|------------|------------|
| 18 – 21 | 8 | 13 |
| 22 – 25 | 21 | 33 |
| 26 – 29 | 35 | 54 |
| TOTAL | 64 | 100 |

Fuente: CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO DE QUITO

Diseño: FREDDY AZANZA VILLACÍS

- **Análisis Cuantitativo:** según los datos obtenidos el 54% de las pacientes investigadas oscilan entre edades de 26 a 29 años, el 33% entre los 22 a 25 años y finalmente el 13% de pacientes esta entre los 18 a 21 años.
- **Análisis Cualitativo:** según los resultados obtenidos podemos determinar que la mayor parte de personas estudiadas en la presente investigación se encuentra en edades pertenecientes a una adultez prácticamente ya establecida, en donde ya se debido haber definido estilos y prácticas de vida.

GRÁFICO #12



G. DISCUSIÓN

La bibliografía que haga referencia al presente estudio es muy escasa y prácticamente nula, por lo que presentaré a continuación algunos contenidos que mencionan a breves rasgos esta variable que he decidido investigar.

- En Barcelona- España se realizó la investigación **LOS EXTRAVÍOS DE LA LIBERTAD** y en uno de sus acápites que hacen referencia a las consecuencias psicosociales del ingreso en prisión, se manifiesta que “la *“prisionización”* podría ser responsable en la manifestación de las conductas homosexuales en los presos, ya que los mismos una vez que ingresan a las cárceles deben adoptar inmediatamente, costumbres, valores, normas y la cultura general de la prisión, es decir, la asimilación o interiorización de la subcultura carcelaria.

Según el estudio las pocas comunicaciones íntimas que puede tener el interno, no son suficientes para satisfacer las pulsiones sexuales, aumentadas por la situación de estrés que provoca la prisión: En consecuencia se produce una alteración de la sexualidad en tres direcciones:

- Las relaciones sexuales, además de escasas, van a tener que realizarse en el interior de la cárcel, y por tanto van a estar reguladas por la estructuración de la vida penitenciaria y se van a ver envueltas en la anormalización que supone la vida en prisión. El preso no tiene tiempo para sutilezas amorosas, sólo dispone de un breve espacio de tiempo (una o dos horas y posiblemente una sola vez al mes) y tiene que darse prisa.
- Es evidente que los niveles de masturbación se disparan (sin tratar la masturbación como una desviación sexual). La

masturbación adquiere una naturaleza especial en un ambiente total de prisión, tanto en el ámbito cuantitativo como cualitativo. A menudo es la única válvula de escape que tiene el recluso, pero como ha perdido el contacto con el exterior, las fantasías sexuales se anormalizan.

- Y en última dirección, en cuanto a la homosexualidad, sin pretender considerarla como una desviación o alteración sexual. Se trata en este punto porque en muchos casos no es una opción elegida, sino impuesta por la realidad de la vida del recluso, produciéndose en muchos casos redes de prostitución, que van a dejar una profunda huella en quien caiga en ella, ya sea por miedo o por necesidad”²⁵.
- El artículo periodístico **GAYS LUCHAN POR SER LIBRES TRAS LAS REJAS** de José Alberto Mojica realizado en Bogotá-Colombia, manifiesta que “los niveles de tolerancia en las cárceles de Colombia hacia las comunidades de gays, lesbianas, bisexuales y transexuales ha aumentado, Así lo demuestra un estudio realizado por la Defensoría del Pueblo entre junio del 2008 y marzo del 2009 en establecimientos carcelarios de todo el país colombiano, hecho con el fin de establecer cómo es su situación desde la mirada de los derechos humanos.

Encuestaron a 350 personas que se autodenominaron como miembros de esta población, y a otras 690 entre directivas y funcionarios de los penales. Los indicadores de agresión sexual, aunque preocupantes, no son mayoritarios como se suponía. El 67 por ciento afirmó que el sitio de reclusión es respetuoso de la dignidad humana. No obstante, el 61 por ciento admite que ha sido

²⁵<http://www.casadellibro.com/libro-los-extravios-de-la-ibertad/9788474323979/326531>

discriminado. Y aunque se demostró la voluntad de mejorar las condiciones de esta comunidad, faltan escenarios para que puedan recibir, por ejemplo, la visita conyugal, aunque está permitida, es difícil de llevarse a cabo porque el único espacio disponible es la celda que comparten con otros dos o tres internos. Arturo Dávila, funcionario de la Defensoría del Pueblo que participó en la investigación, la primera en su especie en el país comenta que aún existen casos de abuso sexual, prostitución y pago de favores con servicios sexuales, y claro de violencia física.

El estudio ha permitido también determinar que los niveles de tolerancia hacia estas comunidades son mayores en las cárceles de mujeres que en la de hombres, lo que puede convertirse en un factor predisponente en el desarrollo de conductas homosexuales situacionales más comúnmente en el sexo femenino que en el masculino, ya que según el estudio se evidenció que, al contrario de lo que sucede en las cárceles masculinas, con las mujeres hay más tolerancia y organización, y en medio del encierro, nacen historias de amor que superan los límites de las rejas. Se estima que el 60 por ciento de la población carcelaria femenina en Colombia sostiene relaciones con otras mujeres, aunque muchas sean experiencias de lesbianismo transitorio debido a la soledad y al abandono de sus maridos y novios”²⁶.

- El artículo investigativo **EL PROBLEMA SEXUAL EN LAS PRISIONES** realizado en Argentina, hace un estudio minucioso de las dificultades que se presentan en las internas e internos de los centros carcelarios producto de la abstinencia sexual, según esta investigación “la **continencia sexual** no deseada produce trastornos psíquicos y también físicos, estos últimos producidos por el sistema

²⁶<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-6379907>

glandular de segregación del aparato genital; sin embargo, las consecuencias más severas pueden evidenciarse en el campo de lo psíquico, donde se puede producir angustias, desesperación, decaimiento, histeria, tendencias suicidas o agresividades.

El interno privado del ejercicio de una sexualidad plena comienza primero a tener un retraimiento natural producto de su adaptación al medio hasta que sus necesidades e instintos lo empujan a la masturbación solitaria primero, la auto erotización colectiva después y más tarde a mantener relaciones homosexuales en prácticas individuales y colectivas.

En la sociedad de la cárcel el homosexual declarado, llamado despectivamente “marica”, que tiene esa condición antes de su ingreso es despreciado y asociado como confidente de la autoridad. La cuestión sexual en la cárcel masculina adquiere una connotación de poder y de sometimiento, por ello el hombre que somete sexualmente a otro hombre, obtiene una relación de sumisión y en tal sentido cabe mencionar como ilustrativo de este modo de pensar la frase de Jean Genet: “Quien da vuelta a un macho es dos veces macho”. La situación sexual en las cárceles femeninas adquiere otras connotaciones afectivas, pues reproduce relaciones menos físicas y más emocionales, que tienden a constituir parejas de permanencia que comparten la soledad de las celdas en discreción y sin violencia.

El estudio también revela que el homosexualismo femenino es tan frecuente como el masculino, aunque resulta más discreto. La abstinencia forzada en la mujer parece más llevadera que en el hombre, al parecer por su natural condición biológica, pero justamente por su sensibilidad y sed afectiva se ve frecuentemente inclinada a tener relaciones fuertemente emotivas con codetenidas.

Es muy natural que privadas de contactos con hombres, pronto desplacen esas relaciones a la esfera sexual, se ha observado en algunas encausadas y penadas una actitud anti masculina que se ahonda a medida que transcurre el tiempo, es que a menudo su encierro es debido a relaciones pasadas (o presentes) con algún hombre que les ha dejado una amarga experiencia, puede tratarse de una violación a temprana edad, o el haber sido lanzadas a la prostitución e inducidas al delito por un hombre, o incluso haber sido abandonadas a su suerte en estado de gravidez o con hijos. Dichas mujeres se hallan profundamente lastimadas en la esfera emocional, el encierro les reactualiza e instrumenta el problema, sobre todo las jóvenes que han tenido que soportar brutales relaciones sexuales con hombres (incestos, violaciones, prostitución) tienden a maldecir a todo el sexo masculino.

El gran problema, en la prisión femenina, es representado por la mujer que llega a la institución siendo ya homosexual, tiende a apartarse de las demás y, por lo general, observa desdeñosamente la "amistades" antes referidas o los galanteos de las inexpertas, pero el posterior ingreso al establecimiento de alguna jovencita, le inspira prontamente fuertes deseos de relaciones lésbicas. La recluida que nunca antes había tenido relaciones homosexuales es fácil víctima de estas lesbianas experimentadas y puede que, después de salir de la prisión continúe buscando homosexuales, es que la experiencia vivida en ella sella en su espíritu desequilibrios y traumas.

La investigación enfatiza que el estado psíquico del penado merece una consideración más amplia, ya que por él pasan no sólo las apetencias sexuales insatisfechas y la sobreexcitación causada por la forzosa abstinencia, sino la implacable certeza de la suma de días que le esperan sin contacto de mujer u hombre, ello ahonda su problema dándole una dimensión de vida perdida para el sexo y esa perspectiva lo expone a la desviación sexual²⁷.

²⁷http://www.robertexto.com/archivo/sexo_prisiones.htm

- “Finalmente expongo como tema de discusión, la investigación realizada por la Dra. en Psicología la española Sonia Soriano Rubio que trata sobre el **ORIGEN Y CAUSA DE LA HOMOSEXUALIDAD** el objetivo de este estudio es presentar las diversas teorías que debaten cuales son los factores determinantes en la etiología de la homosexualidad, reconociendo a la misma en los actuales tiempos no como un trastorno sino como un estilo ya de vida.

Estas teorías dan explicaciones desde un punto de vista descriptivo, diferenciando dos grandes grupos las teorías biológicas y las psicológicas; las primeras se centran en el estudio de variables genéticas, fisiológicas y neuroanatómicas; las segundas ponen el énfasis en variables experienciales y sociales como agentes causales de la homosexualidad.

Por nuestro interés hacemos referencia únicamente a las teorías psicológicas las cuales según la información investigada por la Doctora todas ellas postulan que la homosexualidad es adquirida y la clave fundamental se encuentra en factores del entorno de la persona o en el propio aprendizaje. Teniendo en cuenta el paradigma desde el que surgen y concretamente el tipo de factores en los que se centran, podemos diferenciar entre teorías psicodinámicas, que ponen el énfasis en variables intrapsíquicas y teorías conductuales o aquellas que destacan el papel de variables experienciales o sociales como agentes causales de la homosexualidad.

El trabajo investigativo finalmente plantea como conclusión que la homosexualidad no tiene una única causa o conjunto de causas que invariablemente la determine en todos los casos. Seguramente se puede ser homosexual, al igual que heterosexual o bisexual, por diversas razones, y el que influyan unas u otras o en mayor o en menor medida, dependerá de las características particulares de cada persona”²⁸.

²⁸<http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/56/pr/pr26.pdf>

H. CONCLUSIONES

- Podemos concluir que el encarcelamiento y todo lo que ello implica influye en la modificación de las preferencias sexuales de las personas privadas de su libertad, ya que según los datos determinados 22 de las 64 personas investigadas que representan el 38% del total de la muestra estudiada manifiestan haber mantenido relaciones sentimentales o sexuales con personas de su mismo sexo durante su encarcelamiento, y de estas 22 personas 13 pacientes que representan el 68% de la submuestra determinada, manifiestan que el encarcelamiento ha influenciado en la modificación de sus preferencias sexuales, confirmando y avalandola investigación LOS EXTRAVÍOS DE LA LIBERTAD en donde se destaca a la “prisionización” como fenómeno generador de desajustes conductuales y emocionales en los prisioneros, los cuales al ingresar a las cárceles deben saber adoptar costumbres, normas y reglas ya presentes, además de que la falta de intimidad se convierte en un factor determinante en un posible desajuste de las preferencias sexuales de los mismos.
- Entre los principales factores influyentes, en la modificación de las preferencias sexuales de las 13 internas que reportaron esta información están: la *soledad y necesidad de protección física* con el 68% siendo este el de mayor influencia en las personas privadas de libertad, la *curiosidad* con el 31% es otro factor que influencio en el desarrollo de conductas homosexuales y finalmente la *necesidad sexual* con el 1% también se hace presente pero en mínima intensidad y proporción; nuevamente se constatan las teorías expuestas en el artículo EL PROBLEMA SEXUAL EN LAS PRISIONES, en donde se marca que la homosexualidad femenina en las cárceles es tan común como la masculina, pero que su etiología es distinta, en primera instancia porque las mujeres saben

sobrellevar la abstinencia sexual y que mas bien el desarrollo de conductas lésbicas se deben a otras causas como la sensibilidad y sed afectiva de la mujer antes que por factores físicos o fisiológicos, ratificando a la SOLEDAD Y NECESIDAD DE PROTECCIÓN FÍSICA como el de mayor incidencia en el desarrollo de conductas homosexuales situacionales en las internas del Centro de Rehabilitación Social Femenino de Quito.

- Mediante la aplicación de la entrevista para determinar las preferencias sexuales de las internas del CRSF-Q (Centro de Rehabilitación Social Femenino de Quito), también se ha podido deducir que 6 pacientes que representa el 9% del total de la muestra estudiada, reportan como su preferencia sexual inmodificable tanto fuera como dentro de la cárcel al lesbianismo.
- Producto del análisis y comparación tanto de los resultados obtenidos como de los artículos expuestos en la discusión del presente trabajo investigativo, podemos determinar que la etiología de la homosexualidad radica tanto en factores biológicos-genéticos como de los psicológicos-sociales, afirmando de esta manera las teorías que explica la Dra. en Psicología la española Sonia Soriano Rubio en su estudio el ORIGEN Y CAUSA DE LA HOMOSEXUALIDAD en donde diferencia dos grandes grupos las teorías biológicas y las psicológicas; las primeras se centran en el estudio de variables genéticas, fisiológicas y neuro anatómicas como causantes del homosexualismo y las segundas que hacen énfasis en variables de modelajes y experiencias como agentes causales de la homosexualidad, ratificando el hecho de que la homosexualidad no es generada por un solo factor y de que el ser humano con tendencias homosexuales puede nacer predispuesto o predisponerse por los agentes descritos anteriormente,

- Una vez determinado que el encarcelamiento influye en la modificación de las preferencias sexuales de las personas privadas de su libertad, es necesario emplear una propuesta de intervención psicológica, enfocada en mantener el equilibrio psico-social de estas personas, permitiéndole al paciente determinar su identidad, manejar y sobrellevar su entorno como interna, pareja, madre, esposa, hija, etc., y así finalmente asegurar un estilo y calidad de vida para ella adecuado a las condiciones bajo las cuales se desarrolla actualmente.

I. RECOMENDACIONES

- Implementación de verdaderas políticas en salubridad que permitan crear eficientes sistemas de salud mental, en los Centros de Rehabilitación Social no solo de Quito sino del país en general, permitiendo atender a estas personas desde toda la integralidad que marca al ser humano, salvaguardando su identidad y mejorando su estilo y calidad de vida.
- Tomando como referencia los resultados obtenidos y las condiciones en las que se trabajara, se recomienda el planificar y ejecutar una propuesta de intervención grupal que tenga como fin el ayudar a proteger la integridad de la persona privada de su libertad que bajo razones ambientales o personales a desarrollado conductas homosexuales situacionales, es así que se buscara estabilizar el estado de ánimo afectado por la incertidumbre y preocupación que sienten las pacientes debido a las posibles criticas y rechazos que sufrirían.

**PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA A EMPLEAR EN LAS
INTERNAS DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO DE
QUITO (CRSF-Q) QUE MANIFIESTAN CONDUCTAS HOMOSEXUALES
PRODUCTO DEL ENCARCELAMIENTO**

Como se lo ha mencionado desde un inicio, el trabajo fundamental de este plan de intervención, es lograr equilibrar y mantener el aspecto emocional de las pacientes; pero debemos recordar que el ambiente en el cual se debe trabajar, es el causante del desarrollo de las conductas homosexuales situacionales, por lo que tratar de ayudar a las pacientes para que determinen, establezcan o reafirmen su orientación sexual bajo estas condiciones es casi imposible e inútil.

Así mismo las condiciones logísticas del centro de rehabilitación no permiten el poder desarrollar un trabajo más personalizado o realizar un seguimiento más exhaustivo de cada paciente, por lo que la **TERAPIA GRUPAL** mediante la creación de **GRUPOS DE AUTOAYUDA** es la herramienta mas importante, eficaz y funcional en este caso, por lo que se espera como resultado que las pacientes interactúen e influyan propositivamente unas sobre otras, produciéndose así modificaciones a nivel conductual y emocional.

OBJETIVO GENERAL:

- Estabilizar el estado de animo de las pacientes del Centro de Rehabilitación Social Femenino de Quito que mantuvieron o mantienen producto del encarcelamiento conductas homosexuales.

OBJETIVO ESPECÍFICO:

- Manejo y extinción de los desajustes emocionales que experimentan las internas del CRSF-Q(Centro de Rehabilitación Social Femenino de Quito) producto de las experiencias homosexuales vividas, utilizando como herramienta principal la aplicación de la psicoterapia grupal que se ajusta de mejor manera a las condiciones en las cuales se desenvuelven las mismas.

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN DE INTERVENCIÓN

MIEMBROS DEL GRUPO:

Pacientes de sexo femenino, cualquier edad, nivel de instrucción mínimo primaria completa, manifiesten desajustes emocionales debido a la experimentación y mantenimiento de conductas homosexuales y estén

motivadas y predispuestas a recibir ayuda y a hablar sobre sus experiencias y dificultades.

TAMAÑO DEL GRUPO:

Por condiciones logísticas del CRSF-Q(Centro de Rehabilitación Social Femenino de Quito) se realizarán grupos integrados de 20 a 40 personas, y si es posible se dividirá los grupos tomando en cuenta rangos de edad, niveles de instrucción y el grado de evolución o pronóstico en el que se encuentre la paciente.

DURACIÓN Y FRECUENCIA DE LAS SESIONES:

Se realizarán dos sesiones por semana, con dos grupos distintos o con el mismo, dependiendo de las condiciones logísticas de estos, el tiempo de duración de cada sesión será mínimo de 1 hora y como máximo 2.

TIPO DE GRUPO:

Lo recomendable sería trabajar con grupos cerrados, pero las condiciones logísticas sugiere el trabajar con grupos abiertos, permitiendo el ingreso de nuevos pacientes de acuerdo a la identificación y requerimiento de ayuda de los mismos, así mismo ocupando el lugar de miembros del grupo que han completado el tratamiento o han desertado.

PROFESIONALES A INTERVENIR:

- Psiquiatra

- Psicólogos Clínicos

- Trabajadora Social

- Guías Penitenciarios (mujeres por motivos terapéuticos)

MODALIDAD DE TRABAJO:

Centrada tanto en el terapeuta como en el grupo.

- Terapeuta:**
- Despertar sentimientos de aceptación, cordialidad y comprensión en el grupo.
 - Descubrir sentimientos en los integrantes y transmitir los mismos al grupo.
 - Desarrollar sentimientos de responsabilidad y mantener un clima favorable.
 - Introducir materiales de discusión, técnicas o ejercicios grupales tendientes al desarrollo de los individuos.
 - Persuasión y sugestión a los sujetos mediante elementos racionales y de juicio.
- Grupo:**
- Atmosfera de seguridad y confianza que se transmitirá al grupo.
 - Normas de actuación interna aceptadas por el grupo.
 - Recompensas y reprimendas de acuerdo al cumplimiento o no de las normas.

- Consolidación de los miembros al grupo de acuerdo al sentimiento de identidad al mismo
- La transmisión de los individuos de ideas, sentimientos, opiniones, experiencias o juicios a otros individuos.

DESARROLLO DEL TRABAJO

Se trabajarán 5 etapas, en donde el terapeuta tomara como referencia las condiciones logísticas y los avances del grupo, para determinar cuantas sesiones se necesitarán para abarcar a las mismas.

- **PRIMERA ETAPA:**

Estructuración del grupo, dando las iniciales indicaciones sobre el trabajo, responsabilidades y metodología general que se practicará. Se crea la motivación de tratamiento y se incrementa el autoconocimiento de las características personales de los pacientes para determinar las causas fundamentales de sus problemas.

- **SEGUNDA ETAPA:**

Se ahonda en el conocimiento de las características de los pacientes, hasta lograr un entendimiento integral de sus actitudes y conductas, determinando las consecuencias que éstas tienen en su estado emocional.

- **TERCERA ETAPA:**

Abarca la formulación de teorías, hipótesis y razones acerca del porqué del desencadenamiento de las conductas homosexuales, de esta manera se

pueda discutir con el grupo el significado, peculiaridades e impacto que han causado las mismas en las pacientes.

- **CUARTA ETAPA:**

Se dirige a la modificación de las ideas irracionales producidas por las conductas homosexuales que alteran el estado emocional y comportamental. Esta fase es clave en el éxito del tratamiento psicoterapéutico, se trabajara en la aceptación de la experiencia, mediante la comprensión y esclarecimiento de errores de razonamiento producidos por las dudas y miedos, tratando así de orientar la función cognoscitiva de las pacientes.

Aplicaremos la **Psicoterapia Racional Emotiva** como herramienta para cambiar las rotulaciones cognoscitivas, de esta manera relacionaremos los problemas psicológicos derivados de conceptualizaciones erradas o equivocadas y que requieren una modificación a través de las vías del aprendizaje.

Por las condiciones del trabajo grupal utilizaremos algunas estrategias especiales que tienen relación con la comunicación, que permitirán proporcionar información, que explica al paciente las causas y esencia de su estado, entre ellas están:

- *CONSEJO DIRECTO*
- *ESCLARECIMIENTO*
- *INTERPRETACIÓN Y RACIONALIZACIÓN*

Entre las principales ideas irracionales presentes en este tipo de pacientes generadoras de angustias y perturbaciones, y que deben ser modificadas mediante las estrategias expuestas anteriormente tenemos:

- **APROBACIÓN SOCIAL:** *“creer que es necesario ser amado y aprobado por todo el mundo en todo lo que se hace”.*

Es ilógica porque: es una meta inasequible y perfeccionista, en ninguna oportunidad se conseguirá todo y se gastaría mucho tiempo y energía buscando esta aprobación.

Métodos para modificarla: concentrarse en la propia estimación, conseguir aprobación para fines necesarios y querer antes que ser querido.

- **MIEDO AL FRACASO:** *“creer que uno debe ser por entero competente, apto, perfecto y eficaz en todos los aspectos posibles de la vida”.*

Es ilógica porque: nadie puede poseer perfecta competencia y maestría en la mayoría de los aspectos.

Métodos para modificarla: hacer más, antes que hacer con perfección y aceptarnos como personas imperfectas y con fallas.

- **FRUSTRACIÓN:** creer que es terrible, horrendo y catastrófico lo que se ha hecho.

Es ilógica porque: aunque es impactante tiene una solución.

Métodos para modificarla: analizar si las frustraciones son realmente desfavorables y cuando así es, tomarlas con voluntad y fuerza, aceptar que las frustraciones son propias de la existencia y nada más.

- **ANGUSTIA:** creer que ante algo que es o puede ser terrible uno debe ocuparse intensamente de ello y sentirse trastornado.

Es ilógica porque: atormentarse no resuelve nada, y la cualidad de aterrarse se exagera con frecuencia.

Métodos para modificarla: cuando es posible enfrentarse a ese terror y hacerlo menos traumatizante y pensar y hacer otras cosas activamente.

- **PROSPECTIVA:** creer que el pasado es de total importancia y que si alguna vez afectó profundamente la vida nuestra, lo hará indefinidamente.

Es ilógica porque: si uno sigue dejándose influir indebidamente por sus pasadas experiencias, comete el error lógico del exceso de generalización y aceptar que el pasado es quimérico, pues el pasado no es presente.

Métodos para modificarla: debemos aprender de nuestras experiencias pasadas pero sin darles demasiada importancia, el pasado nos debe servir para el presente y futuro.

- **ACEPTACIÓN DE LA REALIDAD:** creer que las cosas deberían ser diferentes y que es catastrófico no encontrar soluciones perfectas a la realidad.

Es ilógica porque: no hay soluciones absolutamente justas y perfectas, el perfeccionismo es una filosofía auto derrotista.

Métodos para modificarla: puesto que no hay soluciones perfectas, simplemente debe aceptarse componendas y

soluciones razonables de su realidad, el bienestar es lo primordial.

- **SUPERACIÓN DE LA INERCIA Y CONCENTRACIÓN CREADORA:** cree que la felicidad humana puede lograrse por medio de la inercia o gozando de si mismo pasivamente y sin comprometerse.

Es ilógica porque: el bienestar humano parece consistir en absorberse en la gente y los sucesos exteriores.

Métodos para modificarla: hablarse a uno mismo no es suficiente, debe empujarse a la acción, buscar activamente la verdadera felicidad no como un resultado sino como un proceso.

- **CONFIANZA EN SI MISMO:** creer que necesitamos alguna cosa más, fuerte o mayor que nosotros en que confiar.

Es ilógica porque: expresa una relación de dependencia hacia los demás, nosotros podemos resolver nuestros problemas.

Métodos para modificarla: es mucho mejor valerse por sí mismo y la madurez se expresa en el autodomnio.

- **QUINTA ETAPA:**

Se orienta a la consolidación y afianzamiento de las metas conseguidas y la preparación de los sujetos para su desenvolvimiento posterior en la vida diaria, lo cual supone un reforzamiento permanente.

J. BIBLIOGRAFÍA

- GODOY Fernández Carmen, **CRIMINOLOGÍA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DELINCUENCIA**, MURCIA - ESPAÑA 1992, IMPRENTA Universidad de Murcia, PRIMERA EDICIÓN, 223pp
- VELASCO Gamboa Emilio, **LA DELINCUENCIA EN LA ERA DE LA GLOBALIZACIÓN**, Editorial Purrua, Primera Edición, México - 2006, 336pp.
- CARDENAS Mario, **Revista de Estadísticas Criminológicas N. 2**(FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO), 45pp, 2010.
- MARCHIORI Hilda, **PERSONALIDAD DEL DELINCUENTE**, Sexta Edición, MÉXICO 2005, 322pp.
- HALES E. Robert, YUDOFKY C. Stuart, TALBOTT A. John, **DSMIV-TR TRATADO DE PSIQUIATRÍA**, Tercera Edición, Editorial Masson, Estados Unidos – 1999, 1693pp.
- MANZANERA RODRÍGUEZ Luis, **CRIMINOLOGÍA**, Tercera Edición, 1992, Editorial. Purrua, pp.213
- *BARLOW David, DURAND Mark, PSICOPATOLOGÍA, Tercera Edición, Editorial Thomson, Estados Unidos – 2003, 595pp.*
- http://news.bbc.co.uk/1/hi/spanish/specials/2005/carceles/newsid_4393000/4393464.stm (instituto Latinoamérica de naciones unidas para la investigación del delito)
- <http://www.direcciónnacionalderehabilitaciónsocial.com>

- <http://www.OMS.org/saludmental/sexualidad>
- http://www.robertexto.com/archivo/sexo_prisiones.htm
- <http://www.galeon.com/emilio-velazco/>
- <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-6379907>
- <http://es.scribd.com/doc/22471484/La-Delincuencia>
- <http://www.prisiones.gov.do/welcome.htm>
- <http://www.casadellibro.com/libro-los-extravios-de-la-libertad/9788474323979/326531>
- <http://www.tuotromedico.com/trastornoidentidad/genero>
- <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/56/pr/pr26.pdf>
- <http://www.psiquiatria.com>
- VALAREZO Lucio, **PSICOTERAPIA**, Segunda Edición, 317pp.
- VALAREZO Lucio, **PSICOTERAPIA, ASESORAMIENTO, Y CONSEJERÍA**, QUITO, 2003, 182pp.

ANEXOS

ANEXO 1: ANTEPROYECTO

A. TITULO

***LA RECLUSIÓN QUE SUFREN LAS INTERNAS DEL CENTRO DE
REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO DE QUITO Y SU
RELACIÓN CON LA HOMOSEXUALIDAD SITUACIONAL ABRIL –
OCTUBRE 2011***

B. PROBLEMATIZACIÓN

“La delincuencia según los legistas es el conjunto de infracciones de fuerte incidencia social cometidas contra el orden público, la cual no es un fenómeno espontáneo, siempre existen factores que la causan o la desencadenan. La exacerbación delictiva puede considerarse como la expresión de un serio y complicado malestar social con repercusiones en la ley penal, en todos los países del mundo y en todas las épocas de la historia ha habido crímenes.

Cada vez hay más consenso con respecto a que la seguridad pública tiene una gran influencia en la calidad de vida y en el desarrollo económico y social de las comunidades”²⁹, así mismo se ha considerado que los sistemas caducos en los “centros de rehabilitación social” en todo el mundo, son responsables de la incidencia y aumento de las tasas de delincuencia, debido a la falta de proyectos de intervención que combatan las raíces que originan y causan este problema social, desde una perspectiva holística.

“Las cifras de reclusión a nivel de todo el mundo según el Centro Internacional de Estudios Penitenciarios manifiestan que más de 8750,000

²⁹<http://www.wikipedia.com/wiki/Delito>

personas se encuentran recluidas en las instituciones penales a nivel mundial. El país con menor número de presos por población general es Burkina Faso, con 23 por cada 100.000 habitantes. El que más, con abrumadora diferencia, Estados Unidos, con 738 por cada 100.000 habitantes. En términos absolutos, el país con menos población reclusa es Islandia, con 119 personas en sus cárceles y el que más, Estados Unidos otra vez, con más de dos millones. Otras naciones que se caracterizan por tener altas tasas de población carcelaria son las Islas Caimán 664 por cada 100.000 habitantes, Rusia 638 por cada 100.000 habitantes, Bielorrusia 554 por cada 100.000 habitantes, Kazajistán 522 por cada 100.000 habitantes, Turkmenistán 489 por cada 100.000 habitantes, Belice 459 por cada 100.000 habitantes, Bahamas 447 por cada 100.000 habitantes, Surinam 437 por cada 100.000 habitantes y Dominica 420 por cada 100.000 habitantes. Sin embargo, a pesar de que en los países anteriormente mencionados las tasas de población carcelaria son muy elevadas, las otras tres quintas partes de los países a nivel mundial que son el 62,5% tienen tasas por debajo de 150 reclusos por 100.000 habitantes.

Las tasas carcelarias varían considerablemente entre las diferentes regiones del mundo, y entre diferentes partes del mismo continente, en África la tasa media de los países de África central y occidental es de 50 por cada 100.000 habitantes, mientras que para Países del África meridional es de 362 por cada 100.000 habitantes; en las Américas la tasa media de países de América del sur es de 107 por cada 100.000 habitantes, mientras que para los países del Caribe es de 297 por cada 100.000 habitantes; en Asia la tasa media de los países asiáticos en el centro sur (sobre todo el subcontinente indio) es de 54 por cada 100.000 habitantes, mientras que para Países de Asia central es de 426 por cada 100.000 habitantes; en Europa la tasa media de los países del sur es de 69 por cada 100.000 habitantes, mientras que para el centro y países de Europa oriental es 213 por cada 100.000 habitantes; en Oceanía (como Australia y Nueva Zelanda) la tasa media es de 110 por cada 100.000 habitantes.

En resumen, el 80% de los países del mundo, independientemente de su régimen político, su tamaño o su área geográfica, tienen una población reclusa inferior a 200 presos por cada 100.000 habitantes, sin embargo se han detectado aumentos en las tasas de las poblaciones carcelarias en todos los continentes con un 61% en los países de África, un 68% en las Américas, el 87% en Asia, 65% en Europa y 50% en Oceanía. Cifras que provocan preocupaciones por la sobrepoblación carcelaria y la falta de sistemas de rehabilitación para dicha población”³⁰.

“A nivel de América Latina y el Caribe se ha manifestado que los problemas presentados en las cárceles ubicadas en esta región se debe a una crisis de hacinamiento en sus centros de reclusión, donde los disturbios y la violencia van en aumento, así como también la presencia de decenas de miles de presos sin sentencia por año han aumentado la población carcelaria juzgada. Según el Instituto Latinoamericano para la Prevención del Delito y el Tratamiento del Delincuente (ILANUD) en la última década se ha podido precisar que Honduras, El Salvador y Bolivia son los países con mayor sobrepoblación carcelaria de la región con un 109%, 67% y 62% de excedentes respectivamente; por otra parte el estudio aseguró que Panamá con 335 presos por cada 100.000 habitantes , Chile con 212 presos por cada 100.000 habitantes y Costa Rica con 176 presos por cada 100.000 habitantes tienen los mayores índices de encarcelamiento de la región en relación al total de la población del país, al tiempo que Brasil con 194.074 presos, México con 139.707 presos y Argentina con 62.500 presos son quienes lideran la cifra de detenidos. Mientras que el menor número de presos por cada 100.000 habitantes lo registra Ecuador con 59 y Paraguay con 76, así mismo la menor población carcelaria de la región la tiene Paraguay con 4.088 detenidos y Uruguay con 4.012”³¹.

³⁰<http://www.webislam.com/?idt=11028> Centro Internacional de Estudios Penitenciarios Prisión Breve Mundial

³¹http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/specials/2005/carceles/newsid_4393000/4393464.stm ilanud

“Según los datos de la Dirección Nacional de Rehabilitación Social en el Ecuador se ha podido determinar que existen internos 11.698 presos, lo cual excede con un 115% la capacidad máxima de las cárceles del país, calculándose que en el Ecuador existen 59 presos por cada 100.000 personas”³². “Del total de la población penitenciaria el 40% tiene sentencia, mientras que el 47% está procesada, 9% extranjeros, el 3% se encuentran con pre libertad y el 1% con libertad controlada. Las dificultades existentes en el sistema penitenciario del Ecuador se basan en tres ejes fundamentales, a) organización y composición; b) gestión administrativa y financiera y c) situación de la población reclusa. Los hilos conductores del trabajo pretenden demostrar que la sobrepoblación y hacinamiento de las cárceles responden a las políticas penales y carcelarias adoptadas por el Ecuador, la mala distribución de los recursos asignados al sistema penitenciario y la violación sistemática de los derechos humanos de las personas presas en el país”³³. “En el Ecuador hay 35 cárceles en 17 provincias, diez son de varones, cuatro de mujeres, 20 mixtas y una de detención provisional. De acuerdo a la región, están distribuidas así: 14 en la Costa, 19 en la Sierra y dos en el Oriente. El 53% de las personas privadas de libertad se encuentran en la Sierra, 45% en la Costa, y sólo 2% en el Oriente. El 60% de las internas y el 77% de extranjeros/as presos/as están en la Sierra. La cárcel más grande es la de varones de Guayaquil, con 3106 personas, equivalente al 31% de la población”³⁴, “la cual fue diseñada para 1.200 internos, el ejemplo tácito más evidente de los problemas existentes en el sistema penitenciario del Ecuador”³⁵.

“Pichincha, con una población de 2.758.629 habitantes, ha reportado un porcentaje de noticias en los últimos dos años de delitos equivalentes al 0,70 % de la población, esto es 19.399 hechos delictivos. En este periodo se han

³²<http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/specials/2005/carceles/ilanud>

³³http://www.flacso.org.ec/docs/ciudad_segura1.pdf

³⁴CÁRDENAS Mario, *Revista de Estadísticas Criminológicas* N. 2, 45pp, 2010

³⁵http://www.flacso.org.ec/docs/ciudad_segura1.pdf

producido 8.920 robos equivalente a los 45,9% del total de noticias registradas, el robo a personas, accesorios de vehículos, en domicilios, robo de automotores y el robo en locales comerciales, las actividades delictivas más comunes. Pichincha es la provincia con mayor índice de robos; respecto de los delitos de tránsito la Fiscalía y la Policía han receptado 2.339 noticias de delito, (12,05%) producto de los cuales han fallecido 172 personas (11 hombres, 42 mujeres, 14 niños, 5 niñas) y 2.295 heridos (1.254 hombres, 749 mujeres, 152 niños y 140 niñas); por los datos expuestos esta Provincia ocupa el segundo lugar a nivel nacional en este tipo de delitos. En cuanto a los delitos contra la vida, se han recibido 591 noticias por lesiones (3,04%), 174 por homicidio simple (0,89%) y 106 noticias por asesinato que corresponde al 0,54% del total de denuncias registradas. El 3,37% de las noticias registradas (655), han sido cometidas por menores de edad, Pichincha es la provincia con el índice más elevado de menores infractores a nivel nacional. Pichincha y Guayas, mantienen los porcentajes más elevados de noticias de delito por violaciones”³⁶. Por estas razones expuestas es que en la Provincia de Pichincha y más específicamente en la ciudad de Quito, se presentan altas tasas de personas privadas de libertad (PPL), por lo que existen 4 Centros de Rehabilitación Social, entre los que se destacan mayormente el Ex – Penal García Moreno el cual tiene una capacidad para mantener cautivas a 300 personas, pero que en los actuales momentos están internos 1200 reclusos. Así mismo en la ciudad de Quito podemos encontrar el Centro de Rehabilitación Social Femenino, en el cual generaremos el presente estudio investigativo y que estadísticamente presenta las siguientes características.

“En el Centro de Rehabilitación Social Femenino de Quito existen 352 reclusas de las cuales 246 son ecuatorianas, seguidas por 49 colombianas, 16 europeas, 14 mujeres africanas, 7 internas de Asia y de Centroamérica un total de 12 personas privadas de libertad en donde predominan 6

³⁶www.direcciónnacionalderehabilitaciónsocial.com

mexicanas, 2 jamaicanas, 2 cubanas, 1 guatemalteca y 1 hondureña, de otros países de Suramérica tenemos a 2 paraguayas, 1 boliviana, 1 peruana y 1 venezolana y finalmente 2 internas norteamericanas. Del total de mujeres internas 144 son solteras, 94 mantienen uniones libres, 66 internas están casadas, 21 son viudas, 14 son divorciadas y 13 están separadas³⁷.

Por lo que mi intención mediante esta investigación es el de crear una fuente de entendimiento profunda del aspecto emocional al que está expuesto el presidiario; la cual motiva a cambios en su conducta y muy especialmente la sexual; “A la sexualidad según la Organización Mundial de la Salud se la entiende como *“Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida, en donde se abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales”*³⁸.

“Por lo que podemos determinar que la sexualidad se ve sobreexpuesta a un sinnúmero de factores de riesgo que la pueden desequilibrar, entre ellos justamente y al que hacemos referencia en el presente estudio investigativo, es a la reclusión generadora de la pérdida de libertad en los seres humanos, lo cual puede ocasionar el desencadenamiento de alteraciones en la identidad sexual que se caracteriza por una identificación intensa y persistente con el otro sexo, acompañada de malestar persistente con el propio sexo. Así mismo pueden presentarse algunas alteraciones intensas

³⁷BASE DE DATOS CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO DE QUITO

³⁸www.OMS.org/saludmental/sexualidad

de los impulsos sexuales, como conductas exhibicionistas, masoquistas, sádicas, froteuristas, etc".³⁹

Por ello he decidido plantearme el análisis del siguiente problema:

¿Cómo Influye el encarcelamiento en el desarrollo de conductas homosexuales en las PPL (personas privadas de libertad) que mantenían tendencias heterosexuales mientras se encontraban libres en la sociedad?

³⁹DSM-IV/trastornos de la identidad sexual

C. JUSTIFICACIÓN

Al analizar las estadísticas generales y específicas de la realidad carcelaria, tenemos que entender que el estado psíquico del penado merece una consideración más amplia, ya que los factores ambientales a los cuales están sometidas estas personas desencadenan un sinnúmero de dificultades en cada uno de ellos, tanto de índole físico como emocional.

Las grandes dificultades existentes en el sistema penal de todo el Ecuador, producto de la ausencia de políticas que promuevan verdaderos centros de rehabilitación social, han influenciado en la degeneración de las personas que ingresan a estos centros independientemente de su causa judicial; la salud en todo su marco de intervención contextual presenta dificultades considerables dentro de los centros de rehabilitación social, más aún la salud mental que hasta los actuales momentos ni en el campo de la sociedad moderna ha podido ser comprendida y promovida.

Por lo que la realización de este trabajo permitirá entender y comprender la vulnerabilidad emocional a la que se encuentran expuestas las internas del Centro de Rehabilitación Social Femenino de Quito, que han provocado en las mismas notables cambios comportamentales y conductuales, para de esta manera poder adaptarse a un nuevo y estresante ambiente, en el cual la supervivencia y seguridad son retos constantes y permanentes, que se dificultan más aún en una sociedad como la nuestra, que todavía cree que las preferencias sexuales distintas a las heterosexuales, son enfermizas y anormales, ignorando muchas veces factores ambientales que influyen en el accionar emocional y sexual de un ser humano encarcelado.

Una vez comprendida esta realidad, se debe marcar la importancia que tiene la intervención psicológica dentro de los centros de rehabilitación social, en donde la presencia de factores de riesgo, influyen en la alteración psico-social de las personas que se encuentran internas en estos espacios

carcelarios, por lo que la ejecución de planificaciones psicoterapéuticas pueden contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de estas personas, estabilizando sus reacciones emocionales y moldeando así entes asertivos y propositivos, útiles para la sociedad luego de su rehabilitación.

Así mismo el desarrollo del presente estudio investigativo, permitirá en primera instancia poner en práctica los conocimientos teóricos, las habilidades y las destrezas adquiridas durante mis años de estudios universitarios y poder obtener como objetivo final y más importante el tan añorado y deseado Título de Psicólogo Clínico de la Universidad Nacional de Loja.

D. OBJETIVOS

GENERAL:

- DETERMINAR LA RELACIÓN DE LA RECLUSIÓN DE LAS INTERNAS EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO DE QUITO EN LA MODIFICACIÓN DE LAS PREFERENCIAS SEXUALES.

ESPECÍFICOS:

- CONSTRUIR LA PREVALENCIA DE PPL(Persona Privada de su Libertad)INTERNAS EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO DE QUITO CON PREFERENCIAS HOMOSEXUALES O LESBIÁNICAS.
- DETERMINAR LA EXISTENCIA DE MANIFESTACIONES HOMOSEXUALES SITUACIONALES EN LAS INTERNAS DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO DE QUITO.
- DETERMINAR LOS FACTORES PSICO-AMBIENTALES EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO DE QUITO QUE INFLUIRÍAN EN LA MODIFICACIÓN DE LAS PREFERENCIAS SEXUALES DE LAS INTERNAS.
- ESTABLECER UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA QUE PERMITA PRECAUTELAR LA ESTABILIDAD EMOCIONAL DE LAS INTERNAS CON TENDENCIAS HOMOSEXUALES SITUACIONALES.

E. MARCO TEÓRICO

ÍNDICE

1. TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL

1.1 DEFINICIÓN

1.2 SEXO Y DIFERENCIACIÓN SEXUAL

1.3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

1.3.1 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN NIÑOS

1.3.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN ADOLESCENTES Y
ADULTOS

1.4 TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL EN LA EDAD
ADULTA

1.4.1 EPIDEMIOLOGÍA Y PREVALENCIA

1.4.2 ETIOLOGÍA

1.4.3 DIAGNOSTICO Y EVALUACIÓN

1.4.4 TRATAMIENTO

1.4.4.1 TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

1.4.4.2 TRATAMIENTO MÉDICO

1.5 TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL EN LA NIÑEZ

1.5.1 DESCRIPCIÓN

1.5.2 ETIOLOGÍA

1.5.3 TRATAMIENTO

2. LA DELINCUENCIA

2.1 CONCEPTO

2.2 TIPOS DE DELINCUENCIA

2.2.1 LA DELINCUENCIA MENOR

2.2.2 LA DELINCUENCIA ORGANIZADA

2.3 TIPOS DE DELINCUENTES

2.3.1 EL CRIMINAL NATO

2.3.2 EL DELINCUENTE LOCO MORAL

- 2.3.3 EL DELINCUENTE EPILÉPTICO
- 2.3.4 EL DELINCUENTE LOCO (PAZZO)
 - 2.3.4.1 DELINCUENTE ALCOHÓLICO
 - 2.3.4.2 DELINCUENTE HISTÉRICO
 - 2.3.4.3 DELINCUENTE MATTOIDE
- 2.3.5 DELINCUENTES PASIONALES
- 2.3.6 DELINCUENTE OCASIONAL
 - 2.3.6.1 DELINCUENTES PSEUDO-CRIMINALES
 - 2.3.6.2 CRIMINALOIDES
 - 2.3.6.3 DELINCUENTES HABITUALES
- 2.4 CAUSAS Y FACTORES DE LA DELINCUENCIA
- 2.5 INTERVENCIÓN EN DELINCUENTES
- 2.6 EL ENCARCELAMIENTO
 - 2.6.1 CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES DEL INGRESO EN PRISIÓN
 - 2.6.1.1 CONSECUENCIAS POR LA INSTITUCIÓN
 - 2.6.1.2 CONSECUENCIAS POR RELACIONES INTERPERSONALES
- 2.7 SALIDA DE PRISIÓN

CAPITULO 1: TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL

1.1 DEFINICIÓN

“Los trastornos de identidad de sexual son trastornos en los que el individuo se identifica, de un modo intenso y persistente, con el otro sexo junto con un malestar persistente por el propio sexo anatómico (asignado) o un sentimiento de inadecuación en el papel de su sexo.

Los problemas de identidad se pueden presentar en una variedad de escenarios y manifestarse en formas diferentes. Puede darse comportamiento “afeminado” en el caso de un hombre, o de “marimacho” en el caso de una mujer. Algunos de ellos pueden cambiar la forma de vestir y otros pueden realmente recurrir a una cirugía para cambiarse de sexo. Puede darse el caso de una persona que nace con genitales ambiguos, lo cual es probable que genere también un trastorno de identidad de sexo”⁴⁰.

1.2 SEXO Y DIFERENCIACIÓN SEXUAL

“El sexo genético de un individuo se determina en el momento de la concepción, pero su desarrollo está influido por muchos factores. Durante las primeras semanas de gestación las gónadas no están aún diferenciadas. Si el embrión tiene el cromosoma Y las gónadas se diferenciarán en testículos. Una sustancia denominada antígeno H-Y es la responsable de esta transformación. Si el cromosoma Y o el antígeno H-Y no se encuentran en el embrión, las gónadas se diferenciarán en ovarios.

Como ocurre con las gónadas, al principio las estructuras genitales internas y externas no están diferenciadas en el feto. Si las gónadas se diferencian en testículos, se segrega un andrógeno fetal (testosterona) y estas

⁴⁰www.tuotromedico.com/trastorno_identidad_genero

estructuras se convierten en genitales masculinos (epidídimo, conductos deferentes, canal eyaculatorio, pene y escroto). En ausencia del andrógeno fetal, estas estructuras se convierten en genitales femeninos (trompas de Falopio, útero, clítoris y vagina).

Es importante destacar que el desarrollo de la estructura embrionaria genital *in útero* depende de la presencia o ausencia de los andrógenos fetales, independientemente sea su procedencia. Por tanto, si en una mujer genéticamente determinada aparece el andrógeno fetal (p. ej., por hiperplasia suprarrenal), desarrollará genitales masculinos, incluso en presencia de ovarios, y nacerá con genitales ambiguos o masculinos. Asimismo, si no hay andrógenos fetales (p. ej., por deficiencia enzimática) o si los receptores androgénicos son defectuosos (p. ej., por feminización testicular), se desarrollarán genitales femeninos incluso aunque el individuo posea un cromosoma Y y testículos.

Se considera que el desarrollo psicosexual también está influido por una interacción compleja de factores, antenatales como posnatales. Sin embargo, antes de comentarlos es importante descomponer la conducta psicosexual en diferentes elementos. La **identidad sexual** es la percepción y autoconciencia que tiene el individuo de ser varón o mujer. El **rol sexuales** el comportamiento del individuo que lo identifica ante los otros como hombre o como mujer (p. ej., llevar faldas y maquillarse). La **orientación sexual** es la atracción erótica que siente un individuo (p. ej., excitación por los hombres, las mujeres, los niños, los objetos, etc.).

Las hormonas prenatales desempeñan un papel en la diferenciación del cerebro de los mamíferos; sin embargo, no se ha determinado su influencia exacta en el desarrollo psicosexual de los seres humanos. Aunque pueden contribuir al desarrollo del comportamiento de rol sexual, se sigue cuestionando su efecto en el desarrollo. De hecho, algunos autores han propuesto que estas hormonas influyen muy poco o nada en la orientación

sexual (Bancroft, 1994; Byne y Parsons, 1993). En conjunto, las hormonas prenatales no parecen tener un papel importante en la diferenciación de la identidad sexual (Ehrhardt y Meyer-Bahlburg, 1981).

Al parecer, la identidad sexual se desarrolla en los primeros años de vida y se establece a los 3 años de edad. Depende del sexo con el que se educa al sujeto, independientemente de los factores biológicos. Este hecho se constata en los estudios de niños nacidos con genitales ambiguos u opuestos al sexo genético (Money y Ehrhardt, 1974). Se ha observado que estos niños desarrollan su identidad sexual en consonancia con el sexo que se les asigna al nacer, siempre y cuando sus padres no se muestren ambiguos con respecto al sexo de su hijo y si se llevan a cabo las correcciones quirúrgicas y hormonales pertinentes. Por tanto, un niño con feminización testicular crecerá con una identidad sexual femenina, incluso aunque ella tenga testículos, si se le ha asignado el papel de niña y se la ha educado como tal y si se cumplen las condiciones mencionadas. Asimismo, una niña genéticamente determinada con genitales ambiguos a causa de una hiperplasia suprarrenal congénita desarrollará una identidad sexual masculina si se le educa como a un niño; si se le educa como a una niña, el individuo desarrollará una identidad sexual femenina.

La identidad sexual, una vez se ha establecido con firmeza, es muy resistente al cambio. Por ejemplo, si a un neonato de sexo genético femenino se le educa como a un niño (p. ej., debido a la exposición a andrógenos fetales) y de repente en la pubertad desarrolla mamas y otras características secundarias femeninas, su identidad sexual seguirá siendo masculina y deseará corregir los cambios. Sin embargo, si el aspecto físico de un niño es ambiguo o si las personas que lo educan no coinciden en cuanto a considerarlo como hombre o como mujer, la identidad sexual no se desarrollará de forma clara, y en una fase posterior de su vida podrá darse un posible cambio o confusión sexual.

Si la identidad sexual se desarrolla entre el nacimiento y los 3 años de edad y depende de la educación sexual, ¿cuáles son los factores que influyen en su desarrollo? Diversas teorías tratan de responder a esta cuestión. Quizás existan factores biológicos que influyen en el desarrollo de la identidad sexual todavía no descubiertos, y en algunos casos se ha sugerido que los factores biológicos pueden anular la asignación sexual en el momento del nacimiento (Ehrhardt y Meyer-Bahlburg, 1981). Según el modelo teórico del aprendizaje, la identidad sexual comienza a desarrollarse cuando el niño imita o se identifica con modelos de su mismo sexo. El niño es reforzado entonces por esta identificación y por comportarse de una manera apropiada al rol sexual. En la teoría psicoanalítica, la identidad sexual se desarrolla como parte de la formación general de la identidad, en la fase de separación e individualización, y depende en gran medida de la calidad de la relación materno filial. Posteriormente, en la fase edípica, se determina el rol y la orientación sexuales.”⁴¹

1.3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

“Los trastornos de la identidad sexual se caracterizan por una identificación acusada y persistente con el otro sexo (no sólo el deseo de obtener alguna ventaja relacionada con las costumbres culturales), así como un malestar persistente con el propio sexo o un sentimiento de inadecuación con el rol sexual”.⁴²

Dependiendo de la edad del individuo sus manifestaciones clínicas pueden presentarse de la siguiente manera:

⁴¹DSM-IV/trastornos de la identidad sexual

⁴²BARLOW-DURAND, PSICOPATOLOGÍA, trastornos de la identidad sexual

1.3.1 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN NIÑOS

“En los niños, el trastorno se pone de manifiesto por al menos cuatro de los cinco criterios siguientes:

- Deseos repetidos de ser, o insistencia en que uno es, un miembro del otro sexo.
- En los niños, preferencia por el transvestismo o por simular vestimenta femenina; en las niñas, insistencia en llevar puesta solamente ropa masculina.
- Preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo.
- Deseo intenso de participar en los juegos y en los pasatiempos propios del otro sexo.
- Preferencia marcada por compañeros del otro sexo.

1.3.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN ADOLESCENTES Y ADULTOS

En adolescentes y adultos, los síntomas incluyen:

- Deseo firme de pertenecer al otro sexo.
- Ser considerado con frecuencia como del otro sexo.
- Deseo de vivir o ser tratado como del otro sexo.
- Tener la convicción de experimentar las reacciones y sensaciones típicas del otro sexo.

- Preocupación por eliminar las características sexuales primarias y secundarias (por ejemplo pedir tratamiento hormonal, quirúrgico u otros procedimientos para modificar físicamente los rasgos sexuales y de esta manera parecerse al otro sexo)”⁴³

1.4 TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL EN LA EDAD ADULTA

1.4.1 EPIDEMIOLOGÍA Y PREVALENCIA

“El trastorno de la identidad sexual en adultos es poco frecuente, y se estima que hay unos 30.000 casos en todo el mundo (Lothstein, 1980). Se han descrito diferentes casos a lo largo de la historia, pero sólo en los últimos 25 años los científicos y los medios de comunicación han centrado su atención en este fenómeno y han aparecido clínicos especializados en las alteraciones de la identidad sexual. Los individuos transexuales solicitan con mucha frecuencia una *reasignación de sexo*, es decir, el cambio de su aspecto físico (normalmente a través de procedimientos hormonales y quirúrgicos) para estar en consonancia con el sexo que perciben como propio.

Sin embargo, es importante recordar que no todos los individuos que desean un cambio de sexo son transexuales; el deseo de cambiar de sexo puede darse en el transvestismo (ponerse ropa del otro sexo con fines eróticos) o en la homosexualidad afeminada. Por lo tanto, es importante realizar una evaluación minuciosa antes de recomendar un cambio de sexo. Los varones solicitan un cambio de sexo con una frecuencia tres y cuatro veces superior a la de las mujeres, pero los cambios de sexo se realizan aproximadamente por igual en ambos sexos (J. K. Meyer, 1982). Prácticamente todas las

⁴³BARLOW-DURAND, PSICOPATOLOGÍA, trastornos de la identidad sexual

mujeres que solicitan un cambio de sexo sienten atracción sexual por las mujeres.

Los varones transexuales son predominantemente homosexuales, pero sobre un 25% sienten atracción sexual por las mujeres. Algunos de estos transexuales heterosexuales mantienen relaciones lesbianas después de cambiar al sexo femenino. Estos datos son una prueba más de la diferencia que existe entre la identidad sexual y la orientación sexual. También se ha descrito que muchos varones y mujeres transexuales son hiposexuales o asexuales. Sin embargo, los pacientes tanto varones como mujeres a menudo temen la atracción homosexual, por lo que eligen mantenerse asexuales antes que reconocer su orientación homosexual.

Entre los adultos que reciben el diagnóstico de trastorno de la identidad sexual se da un índice elevado de patología psiquiátrica concomitante, con una frecuencia especial de los trastornos límite, antisocial o narcisista de la personalidad, abuso de sustancias y conductas autodestructivas o suicidas (J. K. Meyer, 1982). Estos individuos pueden ser demandantes y manipulativos y suelen resistirse a otras intervenciones”⁴⁴

1.4.2 ETIOLOGÍA

“No existen explicaciones claras y pormenorizadas del desarrollo del trastorno de identidad sexual. Como ya se ha mencionado anteriormente, parece que la identidad sexual se establece y está influida por factores psicosociales que acontecen durante los primeros años de vida. Sin embargo, muchos autores han indicado que los factores biológicos, si no son determinantes, es posible que predispongan al individuo a padecer un trastorno de la identidad sexual. No obstante, es importante considerar que los investigadores todavía no han sido capaces de identificar ninguna

⁴⁴DSM-IV/trastornos de la identidad sexual

anomalía o alteración biológica asociada específicamente al trastorno de la identidad sexual.

Las hormonas sexuales fetales probablemente tienen poca influencia en la identidad sexual y, posiblemente, en la orientación sexual. Sin embargo, estudios de mujeres con hiperplasia suprarrenal congénita debida a niveles elevados de andrógenos fetales (Collaer y Hines, 1995) sugieren una relación entre dichos trastornos y los problemas de identidad sexual. Este tipo de ejemplos inducen a pensar que deben llevarse a cabo más estudios al respecto.

Algunos investigadores han observado niveles bajos de testosterona en hombres transexuales y niveles anormalmente elevados en mujeres transexuales, pero estos hallazgos son poco consistentes y proceden de estudios que no han utilizado grupos control. En un elevado porcentaje de los casos, las pruebas del antígeno H-Y han sido negativas en los hombres transexuales y positivas en las mujeres transexuales; sin embargo, estos datos no han sido reproducidos (Hoenig, 1985).

Aunque no se han realizado correlaciones con las anomalías específicas del lóbulo temporal, se han notificado casos de individuos que presentaron un trastorno de la identidad sexual después del inicio de crisis convulsivas del lóbulo temporal, que remitieron con el uso de fármacos anticonvulsivos. Los estudios mediante electroencefalografía (EEG) en hombres y mujeres transexuales han demostrado que el 30-70% presentaba anomalías; sin embargo, sólo en uno de los estudios se utilizó grupo control y no se tuvo en cuenta el efecto del tratamiento, básicamente con estrógenos (Hoenig, 1985).

Los estudios de familias han resultado difíciles de llevar a cabo dada la baja incidencia de los trastornos de la identidad sexual. Hasta la fecha no se ha demostrado un claro aumento de la incidencia familiar. Los modelos de la

teoría del aprendizaje sugieren que la disforia sexual aparece por la falta de refuerzo o por el refuerzo inconsistente de la identificación con modelos del mismo sexo. Se producen conductas e identificaciones con el sexo contrario y las personas que educan al niño las refuerzan de forma directa o encubierta.

La teoría psicoanalítica plantea que en el niño varón, la separación precoz de la madre conduce a una fusión simbiótica con ella y a una pérdida completa de la individualización como persona independiente. En el caso del trastorno límite de la personalidad, este proceso genera una confusión general de la identidad y una pérdida de los límites del Yo en situaciones de estrés. En la disforia sexual, el defecto se limita al sexo. Sin embargo, se observa un deterioro similar del Yo, de las relaciones objétales y de los mecanismos de defensa primarios (p. ej., la negación y la disociación) (J. K. Meyer, 1982).

Los estudios clínicos (Green, 1987; Stoller, 1968, 1975a, 1975b, 1979) plantean que los niños varones con un trastorno de la identidad sexual suelen mantener una relación muy estrecha con su madre y una relación distante y ambivalente con su padre. Stoller afirma que el niño que está excesivamente vinculado a su madre, en ausencia del padre, puede tener problemas para separarse del cuerpo femenino y del comportamiento femenino”.⁴⁵

1.4.3 DIAGNOSTICO Y EVALUACIÓN

“Los individuos que solicitan un cambio de sexo requieren una valoración paciente y cuidadosa por parte de un psiquiatra o de un psicólogo con experiencia en el tratamiento de los trastornos de la identidad sexual. Los pacientes con otros diagnósticos psiquiátricos primarios pueden presentarse

⁴⁵<http://www.psiquiatria.com>

como transexuales. Los pacientes psicóticos pueden presentar ideas delirantes centradas en sus genitales (p. ej., piensan que alguien ha sustituido sus genitales por otros incorrectos o que Dios les insta a que cambien de sexo, etc.).

Cuando se trata la psicosis normalmente desaparece el deseo de cambiar de sexo. Los individuos con graves trastornos de la personalidad, en particular el trastorno límite, pueden referir deseos pasajeros de cambiar de sexo, debido en parte a su alteración global de la identidad durante los períodos de estrés. En ocasiones, los homosexuales afeminados desean cambiar de sexo para resultar más atractivos a los hombres; por lo general ese deseo fluctúa con el tiempo. Los transvestidos se excitan llevando ropas femeninas, aunque pueden tener una orientación homosexual o heterosexual, para aumentar su excitación pueden llegar a desear realmente ser mujer; pero también en este caso, el deseo no se mantiene durante mucho tiempo y su identidad sexual es masculina.

Algunas veces los adolescentes presentan disforia sexual porque aparecen sentimientos homosexuales que necesitan resolver. En todos estos casos está indicada la psicoterapia para manejar los aspectos pertinentes que han conducido a la demanda de cambio de sexo. Por desgracia los individuos que solicitan un cambio de sexo suelen ocultar la verdad con el fin de obtener un cambio hormonal y quirúrgico. Por tanto resulta indispensable contactar con las personas significativas de la vida del paciente (p. ej., miembros de la familia, cónyuge, compañeros sexuales) a fin de confirmar el carácter generalizado y duradero de la alteración de la identidad sexual”⁴⁶.

⁴⁶DSM-IV/trastornos de la identidad sexual

1.4.4 TRATAMIENTO

1.4.4.1 TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

“Debido a que la mayoría de los individuos con disforia sexual acuden insistentemente para solicitar un cambio de sexo (y a menudo ya están bajo tratamiento con hormonas prescritas por otros médicos), es extremadamente difícil que acepten un tratamiento que no tenga como fin el cambio de sexo mediante cirugía. Conciben la psicoterapia como una vía para desalentarlos de la cirugía. No obstante dado que la cirugía es irreversible, es importante someter al paciente a psicoterapia, incluso cuando esté indicada la cirugía. El terapeuta debe basar los objetivos de la terapia en los deseos del paciente. Estos objetivos deben identificarse al comienzo de la terapia e incluir el consentimiento informado del paciente aceptando los posibles resultados y complicaciones secundarias de la psicoterapia.

La psicoterapia de apoyo puede tener diferentes propósitos en los individuos transexuales. En primer lugar se han descrito casos aunque muy pocos de remisión del trastorno de la identidad sexual. En segundo lugar un ensayo psicoterapéutico suele resultar útil en los casos en que el diagnóstico no está claro. En tercer lugar el manejo de los miedos a la homosexualidad en ocasiones cambia el deseo de una reasignación de sexo quirúrgica. En cuarto lugar la psicoterapia desempeña un papel importante durante el proceso de cambio de sexo definitivo del paciente.

Por último la terapia suele ser eficaz en la adaptación posquirúrgica de los pacientes con un trastorno de la identidad sexual. El terapeuta debe sentirse cómodo al tratar a pacientes con trastornos de la identidad sexual, así como con su propia identidad sexual y otros aspectos sexuales, de manera que la contratransferencia no afecte negativamente al tratamiento.

El psicoanálisis no se aconseja en el tratamiento del transexualismo debido al pobre funcionamiento ocasional del Yo (J. K. Meyer, 1982). Puede utilizarse la psicoterapia dinámica, aplicando los mismos parámetros que en los pacientes con un trastorno límite de la personalidad (terapia estructurada, con limitación de la situación, apoyo del Yo y objetivos a corto plazo).

La terapia de conducta se ha utilizado de manera satisfactoria en varios casos de transexualismo masculino egodistónico (Barlow y cols., 1979). El tratamiento puede ser útil en individuos que desean cambiar su comportamiento afeminado, incluyendo patrones de conducta femenina (el modo de sentarse o de caminar, la conducta social y el tono de la voz). Estas conductas se pueden cambiar con la ayuda de grabaciones en vídeo y modelando las conductas masculinas mediante entrenamiento. También se puede intentar cambiar el patrón de excitación homosexual del paciente por un patrón heterosexual, pero estos intentos sólo han sido favorables en uno de cada tres casos”.⁴⁷

1.4.4.2 TRATAMIENTO MÉDICO

“De nuevo es importante ensayar la terapia para cambiar un patrón de excitación únicamente si es lo que desea el paciente, y no porque lo desea el terapeuta. La reasignación de sexo es la modalidad de tratamiento más ampliamente utilizada y estudiada en los adultos con trastorno de la identidad sexual. Los primeros resultados fueron extremadamente positivos, con cambios espectaculares en las actividades sociales y en el nivel de satisfacción. El tratamiento hormonal y la cirugía se hicieron más asequibles para los adultos con un trastorno de la identidad sexual, a menudo con la única preparación de una breve consulta con un psiquiatra. Este planteamiento produjo un aumento de resultados desfavorables en los estudios y se llegó a reconocer que el cambio de sexo no era una panacea.

⁴⁷DSM-IV/ trastornos de la identidad sexual

Green y Fleming (1990) revisaron la literatura escrita entre 1979 y 1989 sobre transexuales posquirúrgicos que habían cambiado de sexo, tanto de hombre a mujer como de mujer a hombre, y sólo encontraron 11 estudios de seguimiento en la literatura.

Estos autores concluyeron que los factores preoperatorios predictores de un resultado favorable eran la ausencia de psicosis, así como la estabilidad emocional y mental manifiesta previa a la cirugía; la adaptación satisfactoria al sexo deseado durante al menos un año; comprensión de las consecuencias y limitaciones de la cirugía y demanda de psicoterapia antes de la intervención quirúrgica. Referían evidencias de que la evolución era algo menos favorable en los transexuales secundarios, incluso cuando se les negaba la cirugía.

Los datos de este estudio indicaban que los resultados se podían considerar favorables en el 97% de los transexuales que habían pasado de mujer a hombre y en el 87% de los que cambiaron de hombre a mujer. El cambio de sexo es un proceso prolongado que debe controlarse minuciosamente. Deben detectarse los pacientes con otros diagnósticos psiquiátricos primarios y los transexuales secundarios para proporcionarles otro tratamiento adecuado. Si se considera que el paciente es un candidato apropiado para la reasignación de sexo, debe instaurarse psicoterapia con el fin de prepararle para el nuevo rol sexual. El paciente debe salir al mundo y vivir en el rol del sexo opuesto antes de someterse a la cirugía.

Los hombres deberán llevar vestidos, someterse a electrólisis y practicar conductas femeninas. Pueden incluso cambiar su identidad en los documentos oficiales y en el trabajo. Las mujeres deberán cortarse el cabello, disimular o ceñir sus pechos y, de manera parecida a los hombres, tendrán que adquirir una identidad masculina. Después de 1 o 2 años, si estas medidas han resultado satisfactorias y el paciente todavía desea un cambio de sexo, se inicia el tratamiento hormonal. A los varones se les

administra estrógenos, lo que produce una redistribución más femenina de la grasa corporal y un aumento del tamaño de los pechos. Este tratamiento no está exento de complicaciones médicas y debe efectuarse un seguimiento minucioso de los pacientes. Entre los efectos secundarios del tratamiento con estrógenos se encuentra la trombosis venosa profunda, los trastornos tromboembólicos, el aumento de la presión arterial, el aumento de peso, la disminución de la tolerancia a la glucosa, las alteraciones hepáticas y la depresión.

La testosterona, que se administra a las mujeres, provoca la redistribución de la grasa, el crecimiento del vello corporal y facial, un aumento del tamaño del clítoris y una voz más grave. Los efectos secundarios no deseados del tratamiento con testosterona son el acné, el edema secundario a la retención de sodio y el deterioro de la función hepática. Después de 1 o 2 años de tratamiento hormonal, el paciente puede ser considerado candidato para la cirugía si todavía lo desea. En los hombres el cambio de sexo consiste en orquiectomía bilateral, amputación del pene y creación de una vagina artificial.

Las mujeres se someten a una mastectomía bilateral e histerectomía opcional con extirpación de los ovarios. Hasta ahora los esfuerzos por crear un pene artificial han tenido resultados dudosos; en este momento es mejor aconsejar al paciente que desestime el rol del pene en la actividad sexual. En general, los resultados estéticos y funcionales de la cirugía han sido variables tanto en los transexuales masculinos como en los femeninos. Se recomienda la utilización de psicoterapia después de la cirugía para ayudar al paciente a adaptarse a los cambios quirúrgicos y para hablar sobre el funcionamiento y la satisfacción sexual”⁴⁸.

⁴⁸BARLOW-DURAND, PSICOPATOLOGÍA, trastornos de la identidad sexual

1.5 TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL EN LA NIÑEZ

1.5.1 DESCRIPCIÓN

“Dada la dificultad y la confusión que comporta el tratamiento de los trastornos de la identidad sexual en la edad adulta y al final de la adolescencia, los investigadores y los clínicos empezaron a evaluar y a tratar a niños con problemas de identidad sexual. En términos estrictos, este trastorno se observa en el niño que se percibe así mismo como perteneciente al sexo opuesto. Sin embargo, en los niños suele resultar complicado separar la identidad sexual del comportamiento del rol sexual.

Los niños con una identidad sexual normal pueden jugar con muñecas, muchas niñas en nuestra cultura, se comportan como marimachos y les gustan los juegos rudos y con contacto físico. Sin embargo en este síndrome de identidad sexual se da un patrón repetitivo de comportamiento propio del rol sexual opuesto, que se acompaña de una alteración en la percepción de ser niño o niña. Se desconoce su incidencia exacta, pero al igual que la disforia sexual adulta es un trastorno poco frecuente.

Los niños con problemas de identidad sexual expresan el deseo de llegar a pertenecer al sexo opuesto, desean tener una vagina y jugar a amamantar un bebé. Las niñas desean tener un pene y pueden simularlo con diversos objetos o bien orinar de pie. Los niños se ponen vestidos, se maquillan y se acicalan, mientras que las niñas se niegan a ponerse vestidos y llevan el pelo corto. Ambos sexos se identifican con modelos de rol del sexo opuesto, al evaluar al niño es importante no considerar sólo la conducta; debe existir una alteración de la identidad sexual. Como ocurre en la evaluación de los adultos, en los niños deben evaluarse otros trastornos psiquiátricos como la psicosis y los trastornos adaptativos”⁴⁹.

⁴⁹DSM-IV/trastornos de la identidad sexual

1.5.2 ETIOLOGÍA

“No es clara la etiología del trastorno de la identidad sexual en la niñez, las teorías para adultos también se aplican a los niños. Se han sugerido algunos factores adicionales, como la indiferencia o el refuerzo de las conductas propias del sexo contrario por los padres; en la niña vestirse con regularidad como un chico joven; la ausencia de juegos masculinos en los primeros años de socialización de un niño; la sobreprotección maternal con inhibición del juego violento y rudo o la ausencia o el rechazo de un hombre mayor en los primeros años de vida (Green, 1974)”⁵⁰.

1.5.3 TRATAMIENTO

“En el tratamiento se plantea el evitar al niño el ostracismo y la humillación por parte de sus compañeros, ayudarle a sentirse cómodo con su propio sexo y evitar el desarrollo de disforia sexual adulta. La terapia conductual se utiliza para modificar las conductas propias del sexo contrario, de forma similar a la descrita en los adultos, potenciando el control de contingencias.

El tratamiento de orientación analítica aborda las dinámicas familiares (p. ej., una madre poderosa devaluadora de lo masculino; un padre ineficaz y emocionalmente ausente) y las dinámicas individuales del niño (p. ej., la ansiedad de castración tras una intervención quirúrgica). Se ha propuesto un enfoque ecléctico del tratamiento en el que se implica el desarrollo de una relación estrecha y de confianza entre el terapeuta varón y el niño, el cese de la estimulación de conductas femeninas por parte de los padres, la interrupción de las relaciones excesivamente estrechas entre la madre y el hijo, la potenciación del rol de padre e hijo, y el refuerzo del comportamiento masculino (Green, 1974)”⁵¹.

⁵⁰BARLOW-DURAND, PSICOPATOLOGÍA, trastornos de la identidad sexual

⁵¹DSM-IV/trastornos de la identidad sexual

CAPITULO 2: LA DELINCUENCIA

2.1 CONCEPTO

“La delincuencia es enormemente compleja de precisar porque se manifiesta en toda sociedad, es una expresión de rechazo o inconformidad, una muestra de descomposición social a la cual se requiere la aplicación de un procedimiento correctivo, que restaure las relaciones o el estado de derecho del individuo o grupo de individuos a quienes se les ha trasgredido su estabilidad jurídica. Se conoce como el fenómeno de delinquir o cometer actos fuera de los estatutos impuestos por la sociedad. Es una modalidad de conducta inadaptada en la que hay un acto delictivo, con todas sus características.

El término delincuencia se define a aquellos sujetos que observan una conducta antisocial tipificada en la ley como delito, que se encuentra en una etapa crítica del desarrollo de su personalidad y que tienen deteriorada su capacidad de relación social, bien por carácter de elementos de ésta o por su curso perturbador, tipificando las conductas socialmente irregulares de la siguiente manera:

- **Inadaptación Social:** conducta desarrollada por las personas que se apartan de la norma, sin que necesariamente tengan que realizar ninguna acción que entre en conflicto con su entorno.
- **Conducta Desviada:** sería la expresión de la inadaptación a través de comportamientos que trasgreden las normas sociales establecidas y que entrarían en conflicto con su entorno.
- **Conducta Delincuente:** la conducta desviada penalizada por la ley”⁵².

⁵²<http://www.galeon.com/Emilio-velazco>

“Por lo que comúnmente la delincuencia se entiende como el conjunto de delitos observables en un grupo social determinado, así como en un momento histórico específico.

A la delincuencia como al delincuente se le conoce en función de la existencia previa de la ley penal, su violación y la reacción social que dicha trasgresión ocasiona dentro del grupo social. El enfoque aplicado de la delincuencia es el sociológico, que estudia las relaciones entre individuos y sus leyes en las sociedades humanas.

El diccionario jurídico considera delincuente a la persona que interviene en un delito (acciones u omisiones dolosas o culposas penadas por la ley), sujeto activo del mismo en calidad de autor, cómplice o encubridor, o de cualquier actuación punible.

Algunos de los factores relacionados con la delincuencia son; el sexo, hay más hombres delincuentes que mujeres; las habilidades, existen estudios que corroboran la relación entre un bajo coeficiente intelectual y delincuencia; el síndrome hiperquinético, niños muy impulsivos y no reflexivos tienen más posibilidades de delinquir, egocentrismo, poseen gran dificultad para visualizar las consecuencias de su acción, clase social, se asocia con las marginales; familia, se refiere a padres que dan poco o nada, apoyo moral, que coaccionan y castigan en demasía. La ruptura temprana entre padres e hijos es un buen predictor de delincuencia”.⁵³

2.2 TIPOS DE DELINCUENCIA.

“El delito cometido por el delincuente no es del todo espontáneo, sino que puede ser premeditado y programado. Sin embargo dependiendo del

⁵³MARCHIORI Hilda PERSONALIDAD DEL DELINCUENTE, 222p.

número de personas que lo cometa y ejecute, de los procedimientos que siga, de los recursos que utilice y de los objetivos que persiga, podrá haber, esencialmente, dos tipos de delincuencia:

- a. Delincuencia menor, y**
- b. Delincuencia organizada.**

2.2.1 LA DELINCUENCIA MENOR.

La delincuencia menor es la cometida por un individuo, y cuando mucho, por dos, y que tiene por objetivo la comisión de un delito que podría ser desde una falta menor hasta una grave y calificada, pero que no trascienden su escala y proporciones, es decir, no son cometidos por bandas, no hay una gran planeación en los hechos delictivos, o no se pretende operar permanentemente a gran escala.

En la delincuencia menor se puede incluir algunos carteristas, asaltantes de buses, estafadores, etc. Esa es la delincuencia más común, más popular, la que vemos y a la que le tenemos miedo.

Entonces los ciudadanos comunes piensan que es un problema cuando transitan por determinadas zonas en que pueden ser asaltados y la gente asocia inseguridad con esto. Esa es la delincuencia callejera, la más ordinaria:

- Asalto a transeúntes.
- Carterismo.
- Violación.
- Robo de bienes y artículos menores.
- Robo a casas habitación.
- Robo de vehículos.

- Vandalismo.
- Grafitis y pinta de muros y monumentos.

Ahora bien éstos y otros delitos pueden ser cometidos en grandes proporciones y por muchos individuos, con lo cual ya se convierte en una delincuencia organizada, tanto de nivel intermedio como mayor.

Cuando se convierten en tales, se ha dado en decir que se convierten en la "industria del robo", "la industria del secuestro", la "industria del robo de vehículos", etc. Por supuesto, la delincuencia menor tiene las siguientes características, en términos generales:

- Una precisión técnico-manual elevada y precisa para cometer el ilícito con rapidez, astucia y disimulo.
- El uso de la fuerza con apoyo en ventajas físicas, e incluso, en el empleo de armas.
- El asaltante puede apelar o no a dos recursos para lograr sus objetivos.
- Normalmente existen compradores de bienes robados, que son quienes los adquieren de conformidad con tarifas ya existentes en el mercado negro, mismas que son fijadas por la oferta y la demanda así como por la situación del entorno local, nacional e internacional.
- Regularmente, los delincuentes operan con apoyo de una red de corrupción entre autoridades intermedias (jueces calificadores, agentes del ministerio público del fuero común) y corporaciones de seguridad pública desde sus mandos y efectivos elementales hasta cuando mucho sus mandos medios (agentes de policía, jefes de sector, etc.)⁵⁴.

⁵⁴Criminología, MANZANERA Rodríguez, 112p.

2.2.2 LA DELINCUENCIA ORGANIZADA

“El crimen organizado se puede definir como "la delincuencia colectiva que instrumentaliza racionalmente la violencia institucional de la vida privada y pública, al servicio de ganancias empresariales con rapidez. Necesariamente vincula jerarquías de la burocraciapolítica y judicial mediante la corrupción y la impunidad”.

La investigadora jalisciense Cecilia Lozano Meraz señala algunas características concretas de la delincuencia organizada o crimen organizado, como también se le denomina, y que a continuación se describen en forma de lista junto con otras características observadas en otro análisis sobre el tema:

- Opera bajo una disciplina y códigos de comportamiento mafioso.
- Actúa con la finalidad de obtener, en la forma de prácticas sociales recurrentes enraizadas en la estructura del trabajo, a nivel local, nacional e internacional ganancias rápidas sin inversión previa de capital, de origen ilegítimo e ilegal, mediante la apropiación de objetos de uso privado y de propiedad ajena.
- En otras ocasiones, recurriendo a las mismas prácticas, se comercializa con bienes, productos y servicios de origen ilegítimo e ilegal, con poca o ninguna inversión de capital.
- La delincuencia organizada actúa de manera impune en la clandestinidad, protegida y a veces también dirigida y operada por autoridades corruptas, delincuentes de alto nivel, especialización y jerarquía, y posee capacidad para utilizar la fuerza en aras de lograr sus objetivos.

- Con respecto a los bienes, productos y servicios ofertados por la delincuencia organizada, una vez que estos se ponen en circulación, "quedan definidos sus precios por las condiciones del mercado regional o mundial" denominado, coloquialmente, mercado negro, "siendo el mercado, escenario de esta criminalidad organizada".

Sin embargo, al constituir una actividad (o actividades) ilegales, aun cuando pudieran parecer lícitas, caen de facto en el campo del derecho penal y, por ende, merecen especial estudio y análisis, a efecto de detectar, controlar, contrarrestar, disminuir y erradicar la acción y efectos de ésta o éstas, así como a los individuos y grupos que las llevan a cabo.

Este tipo de delincuencia fue designada con la palabra "organizada", ya que se refiere a la "asociación", a la "sociedad", a la "corporación", al "grupo", al "sindicato", a la "liga", al "gremio", a la "coalición", en sí a la "unión", como forma de conjuntar esfuerzos en grupo; y con el empleo de la violencia, soborno, intimidación y fuerza, los delincuentes llevaban a cabo sus actividades ilegales.

Ahora bien, es bastante común referirse a la delincuencia organizada bajo el sinónimo de mafia (o mob, como se le llama en Estados Unidos y Asia), y a los delincuentes en gran escala se les llama entonces mafiosos o gánsters.

A su vez, el término gánster deriva de la voz inglesa gang, que significa banda, siendo común llamarle gánster al miembro de cualquier banda en cualquier país de habla inglesa, independientemente de que sea criminal o no. Sin embargo en México se ha tomado el término para connotar esa relación entre el gánster como miembro de una agrupación criminal.

En cuanto al término mafia, otra fuente informa que éste apareció por vez primera en un texto siciliano de 1658, pero su uso se extendió y se hizo

común en toda Italia hasta el siglo XIX y posteriormente para el resto del mundo, según se explicó gracias a John Ladesco.

De acuerdo con la definición etimológica de la palabra mafia, ésta proviene del idioma italiano y significa "Red de asociaciones secretas sicilianas dispuestas a tomarse la justicia por su mano y a impedir el ejercicio de la justicia oficial por medio de un silencio concertado".

Así a la luz de los sentidos que poseen las palabras gang, gángster y mafia, se puede ver que la delincuencia organizada, efectivamente, consiste en redes de grupos criminales con fines comunes y bien definidos y acordados, ya sea con presencia local o internacional.

La fuerza de la delincuencia organizada radica en el establecimiento de "alianzas y vínculos" que logra en todos los niveles, incluyendo el político y el militar; con la ayuda de actos de corrupción logran su impunidad. Por ello, la delincuencia en su manifestación organizada constituye uno de los más graves y vitales problemas de la humanidad"⁵⁵.

2.3 TIPOS DE DELINCUENTES

Según varios estudios realizados, se han podido distinguir varios tipos de delincuentes con sus respectivas subdivisiones, que según sus características se han podido determinar los siguientes: **el criminal nato, el delincuente loco moral, el delincuente epiléptico, el delincuente loco (pazzo), (delincuente alcohólico, delincuente histérico, delincuente mattoide), los delincuentes pasionales y el delincuente ocasional (delincuentes pseudo-criminal, los criminaliodes, los delincuentes habituales)**

⁵⁵VELASCO Gamboa, LA DELINCUENCIA EN LA ERA DE LA GLOBALIZACIÓN, 157p.

2.3.1 EL CRIMINAL NATO

“Este criminal presenta las siguientes características de inferioridad orgánica y psíquica:

- Menor capacidad craneana
- Mayor diámetro bizigomático
- Gran capacidad orbitaria
- Escaso desarrollo de las partes anteriores y frontales.
- Contrastando con el gran desarrollo facial y maxilar (pragmatismo):
 - Abultamiento del occipucio
 - Desarrollo de los parietales y temporales
 - Frente hundida, etc.
- La insensibilidad moral y la falta de remordimientos
- La imprevisión en grado portentoso
- Una gran impulsividad

Estos son los principales rasgos con los que puede contar un delincuente nato, en lo conductual este delincuente es proclive a la prostitución con mayor facilidad, vivir en la promiscuidad, alcohólico, comete fácilmente homicidio matando niños, viejos, mujeres, y enfermos, manifiestan esporádicamente comportamientos de canibalismo por: necesidad, religión, prejuicios, piedad filial, guerra, glotonería, vanidad, le gusta tatuarse, es

supersticioso, le gustan los amuletos, prefiere los colores primarios, etc. Emocionalmente el criminal nato se caracteriza por ser colérico, vengativo, celoso, mentiroso, falto de sentido moral, escaso de efectividad, cruel, ocioso y flojo”.⁵⁶

2.3.2 EL DELINCUENTE LOCO MORAL

“Estos delincuentes manifiestan las siguientes características anatomo, psíquico, conductuales:

- Son sujetos de peso de igual o mayor a la normal
- El cráneo tiene una capacidad igual o superior a la normal, y en general no tiene diferencia con los cráneos normales.
- En algunos casos se han encontrado los caracteres comunes del hombre criminal (mandíbula voluminosa, asimetría facial, etc.)
- La sensibilidad psíquico- moral es, por lo tanto una sublimación de la sensibilidad general.
- Se rehúsa a utilizar un tatuaje ya que son astutos y saben que es una aplicación criminal.
- Son muy precoces o contra-natura, o precedidos y asociados de una ferocidad sanguínea.
- Son personas antipáticas que no conviven casi con nadie, odian con o sin motivos.

⁵⁶Criminología, MANZANERA Rodríguez, 118p.

- Es excesivamente egoísta pero a pesar de eso es altruista, aunque solo sea una forma de perversión de los afectos.
- Es muy vanidoso es propia de los criminales natos como de los locos morales, vanidad morbosa, para ser de su vida algo muy elegante.
- Es inteligente ya que todos sus delitos puede justificarlos.
- Son personas bastante excitables, crueles, indisciplinados, etc.
- Son hábiles en la simulación de la locura”⁵⁷

2.3.3 EL DELINCUENTE EPILÉPTICO

“Este tipo de delincuentes tienen reacciones violentísimas, en la que después de haber cometido el delito quedan tranquilos y sin aparentes remordimientos, dicen que sienten vértigos en la cabeza, que les gira o da vueltas.

Las características en los criminales epilépticos son:

- Tendencia a la vagancia en ocasiones con largas deambulaciones involuntarias.
- Amor a los animales.
- Sonambulismos.
- Masturbaciones, homosexualismo, y depravación

⁵⁷MARCHIORI Hilda, PERSONALIDAD DEL DELINCUENTE, 225p

- Precocidad sexual y alcohólica.
- Facilidad y rapidez de cicatrización.
- Canibalismo
- Vanidad
- Doble personalidad para escribir
- Palabras o frases especiales
- Tendencia al suicidio
- Tatuajes
- Junto con los locos morales son los únicos que se asocian.
- Simulación de locura o ataque epiléptico
- Cambios de humor
- Amnesia
- Auras

La epilepsia se puede presentar de dos formas:

- ***Epilepsia Real:*** es aquella en la que hay ataques, el sujeto cae al suelo, echa espuma por la boca, tiene movimientos desordenados y convulsivos, llega a morderse la lengua, etc.

- ***Epilepsia Larvada:*** es aquella en la que se presentan los mismos sucesos aunque sin ataque, estos criminales son más peligrosos que los locos morales.⁵⁸

2.3.4 EL DELINCUENTE LOCO (PAZZO)

“Se toma en consideración como casos especiales, tres tipos de delincuente loco: el alcohólico, el histérico y el mattoide:

2.3.4.1 DELINCUENTE ALCOHÓLICO

El delincuente alcohólico se caracteriza, porque el alcohol es un excitante que paraliza, narcotiza, los sentimientos más nobles, y transforma aun el cerebro más sano.

Se caracteriza de la siguiente manera:

- Casos degenerativos congénitos, aunque frecuentemente los adquiridos no solo escasean los caracteres degenerativos, sino ofrecen muy seguido la vida anterior honestísima.
- Extraña apatía e indiferencia, que a veces llega a ser muy violenta.
- La embriaguez aguda, aislada da lugar por sí sola, al delito, porque arma el brazo, enciende las pasiones, nubla la mente, etc.
- Tiende al cinismo humorístico y fuertes tendencias al robo, estupro aunque después de esto llegan a un profundo sueño y quizás hasta la amnesia que si es peor aún puede realizarse un suicidio.

⁵⁸VELASCO Gamboa, LA DELINCUENCIA EN LA ERA DE LA GLOBALIZACIÓN, 160p.

2.3.4.2 DELINCUENTE HISTÉRICO

Sus características comunes de este delincuente son las siguientes:

- Sexo: se dice que es más común en las mujeres que en los hombres.
- Tiene una herencia análoga a los epilépticos, aunque pocos caracteres degenerativos.
- La inteligencia en la mitad es intacta.
- Es egoísta su carácter
- Su carácter es muy cambiante lo que los hace coléricos, feroces, fáciles a simpatías y antipatías súbitas irracionales.
- Es vengativo escandalosamente, y hace denuncias y falsos testimonios.
- Tiene una verdadera necesidad de mentir, una gran tendencia al erotismo.
- Se encuentra entre ellas delirios, alucinaciones, suicidios y fugas muy comúnmente para prostituirse.
- Existen delitos múltiples aunque los más comunes son difamación, robo, faltas a la moral y homicidios.

2.3.4.3 DELINCUENTE MATTOIDE

La palabra mattoide proviene de “matto” que significa loco y la palabra matoide quizás quiera decir textualmente locoide, vendría siendo el sujeto que no está loco, pero casi.

Las características del Mattoide son:

- Escasean entre las mujeres
- Son raros en la edad juvenil.
- Abundan extrañamente en las grandes civilizaciones.
- Abundan en los países que tienen una cultura extraña o tiene gran velocidad.
- Abundan entre los burócratas, teólogos, médicos, y no entre los militares.
- Tienen poquísimas formas degenerativas y pocas anomalías en la fisiología del cuerpo.
- Afectivamente son hasta altruistas, conservan la sobriedad, son muy éticos y son muy ordenados.
- Intelectualmente no hay anomalías, suplen una gran inteligencia por una notable laboriosidad, escriben en forma compulsiva.
- Psicológicamente se caracterizan por una convicción exagerada por sus propios méritos y hay bastante vanidad.

- Inventan teorías nuevas y generalmente extravagantes.
- Sus crímenes son impulsivos generalmente realizados en público.
- Tienen delirio persecutorio, persiguen y son perseguidos.
- Son querellantes y les encanta litigar.”⁵⁹

2.3.5 DELINCUENTES PASIONALES

“Un delincuente pasional no puede ser un delincuente loco, tampoco tiene aspectos atávicos, ni epilepsia, ni locura moral, por lo tanto tiene que ser un sujeto con otras características y estas son:

- Rareza (5 a 6 %) entre los delitos de sangre
- Edad entre 20 y 30 años
- Sexo: 36% de mujeres, el cuádruple de los demás delitos
- Cráneo sin datos patológicos.
- Belleza de la fisonomía, casi completa ausencia de caracteres, que se notan tan frecuente en criminales y locos.
- A la belleza del cuerpo responde la honestidad del alma
- Afectividad exagerada

⁵⁹Criminología, MANZANERA Rodríguez, 120p.

- Anestesia momentánea en el momento del delito.
- Conmoción después del delito.
- Suicidio o tentativa de este inmediatamente después del delito.
- Confesión: al contrario de los delincuentes comunes, no oculta el propio delito, lo confiesan a la autoridad judicial como para calmar el dolor y el remordimiento.
- Son los únicos que dan el máximo de enmienda.

El delincuente pasional siempre es inmediato y la pasión que lo mueve es una pasión noble, distinguiéndose de las bajas pasiones que impulsan a los delincuentes comunes.”⁶⁰

2.3.6 DELINCUENTE OCASIONAL

“A los delincuentes ocasionales se los divide en pseudo-criminales, criminaloides, y habituales:

2.3.6.1 DELINCUENTES PSEUDO-CRIMINALES

Están constituidos en los siguientes subgrupos:

- Los que cometen delitos involuntarios, que no son reos a los ojos de la sociedad y de la antropología, pero no por eso son menos punibles.
- Los autores de delitos en los cuales no existe ninguna perversidad y que no causan ningún daño social, pero que son considerables ante

⁶⁰MARCHIORI Hilda, PERSONALIDAD DEL DELINCUENTE, 227p

la ley y entran lo que aun así que no parezcan para nosotros delitos lo son algunos se cometen por necesidad o por dura necesidad.

- Los culpables de hurto, de incendio, heridas, duelos, en determinadas circunstancias extraordinarias, como la defensa del honor, de la persona, de la subsistencia de la familia etc.
- Se encuentran también en los delitos de falsedad

2.3.6.2 CRIMINALOIDES

- Son aquellos en que un incidente los lleva al delito, sujetos con cierta predisposición, pero que no hubiera llegado al delito de no haberse presentado la oportunidad, la ocasión hace al ladrón.
- La imitación
- La cárcel como esta ahora es la ocasión para asociarse al crimen.
- Finalmente están los que son apresados por engranajes de la ley

2.3.6.3 DELINCUENTES HABITUALES

- Son aquellos que no son adecuados primariamente de los parientes de la escuela etc.
- La educación les llega desde temprano a la adecuación al delito.
- Estos criminales pueden llegar a ser peligrosos hasta cierto punto porque no llegan a cometer delitos.”⁶¹

⁶¹Criminología, MANZANERA Rodríguez, 122p.

2.4 CAUSAS Y FACTORES DE LA DELINCUENCIA

“Varias y trascendentales son las causas sociales que han motivado el origen y crecimiento de la delincuencia, tomando cada vez características más alarmantes en la población, destacándose las siguientes:

- La pérdida de los valores éticos que genera la moralidad, provoca situaciones de rompimiento de las normas legales.
- El factor socioeconómico, la pobreza, el desempleo, la subocupación y la insatisfacción de las necesidades básicas, agudiza este problema.
- Los sistemas de educación formalista, alejada de la realidad en que vive actualmente la sociedad, Se orienta a los niños y jóvenes hacia una educación enciclopédica, deshumanizada, en la que se encuentran ausentes los valores morales y culturales. Se persiste en el modelo del "dejar hacer, dejar pasar". No se promueve la solidaridad, no se fomenta la iniciativa, el análisis de nuestra realidad, la crítica constructiva, el amor a la familia, la búsqueda de la verdad, la responsabilidad consigo mismo y con la sociedad, la urbanidad, el respeto al derecho ajeno.
- El medio social indudablemente ha generado la incertidumbre hacia el futuro; esta incertidumbre ha creado en nuestros niños y jóvenes una problemática que se traduce en resentimiento que es la insatisfacción con respecto a lo que se posee, percepción del otro como privilegiado, probable hostilidad reactiva, etc. Esto sumado a la percepción de la propia debilidad, induce en muchos casos a asociarse para delinquir, para quitar a otros lo que según aquellos disponen sin merecerlo. De allí el surgimiento de pandillas juveniles,

delincuentes inmaduros que tratan de sobresalir de los demás incurriendo en el delito.

- El indiscriminado acceso de niños y adolescentes a la proyección de películas en los hogares, a través de la televisión, que introduce en la intimidad familiar el terror, el sexo, el crimen, videos sórdidos con temas violentos que gravitan en el comportamiento moral de la juventud que observa miles de escenas que vulneran sus mentes y les lleva a considerar como normal el acometimiento de violaciones, abortos, drogadicción, prostitución, asesinatos.
- La intimación y la movilización de delincuentes y subversivos por las corrientes migratorias.
- La deficiencia en la administración de justicia, la legislación penal obsoleta y el deficiente régimen carcelario.
- La reincidencia de los ex-penados, porque las prisiones son verdaderas academias del delito, a pesar de los esfuerzos de convertirlas en centros de rehabilitación.
- La corrupción de ciertos elementos de las entidades públicas llamadas a precautelar y perseguir el crimen que se ha cometido en actores directos de delitos.
- Se ha generado a título de libertad económica, una feroz competencia en la cual casi de modo general no hay reglas justas ni mayor respeto a los valores éticos que permitan un orden apropiado para el desarrollo armónico y con seguridad del hombre. Este cuadro permite que se privilegie a los más fuertes o audaces, que obtienen la riqueza y el poder, mientras que crece una brecha aún mayor con los débiles

e infortunados, que afectados por la frustración, muchas veces violentan las leyes y normas de convivencia social”⁶²

2.5 INTERVENCIÓN EN DELINCUENTES

“Existe un pesimismo generalizado acerca de la posibilidad de rehabilitación de los delincuentes, este pesimismo afecta de forma particular a la actitud hacia los psicópatas, los más severos y presumiblemente menos tratables de los delincuentes. Ante esta opinión general las perspectivas han sido desesperanzadoras.

Sin embargo, los estudios que de forma sistemática han aplicado tratamientos específicos para los psicópatas son relativamente escasos, por lo que, dado que no existe un cuerpo de investigación sistemático acerca de un tratamiento óptimo, nos queda la esperanza de la ausencia de confirmación. En general los tratamientos aplicados son:

Tratamientos farmacológicos: centrados por lo general en un síntoma particular del trastorno. En el caso de los delincuentes se han utilizado fármacos (litio, por ejemplo, para tranquilizar a los agresivos extremos) con el fin de que los sujetos sean más manejables en la psicoterapia; sin embargo, los resultados son ambiguos y en todo caso temporales, pero nunca con efectos a largo plazo.

Terapia conductual: centrada al igual que el tratamiento farmacológico en el tratamiento de conductas discretas. Este tipo de terapia requiere de motivación y cooperación, ausentes en muchos casos en los pacientes con trastornos de personalidad. Implica la utilización del condicionamiento positivo o aversivo. En el caso de los psicópatas, parece ser que responden

⁶²<http://www.scribd.com/doc/22471484/La-Delincuencia>

mejor al refuerzo positivo que al castigo (destinado al fracaso) y en concreto a la recompensa monetaria.

Terapia cognitivo-conductual: centrada en el esquema cognitivo y las asunciones irracionales que subyacen a las creencias y conductas del paciente y que son particularmente relevantes para el tratamiento de los trastornos de la personalidad.

Terapia familiar e interpersonal: centrada en las relaciones con los demás. Puede ser una parte útil en el tratamiento, aunque no necesaria. La calidad de las relaciones del paciente (o su ausencia) forman una parte integral de su trastorno de personalidad, por lo que podría afectar a su terapia individual.

Psicoterapia psicodinámica y psicoanalítica: se centra en la estructura de carácter como principal foco de atención. Por tanto el concepto de trastorno de la personalidad es más consistente con una orientación centrada en la orientación de rasgos individuales o intrapsíquica. En el caso de los psicópatas sin embargo los resultados son contradictorios.

Tratamiento comunitario: se centra en la modificación de los grupos sociales, familia, escuela o una comunidad entera. Al parecer este tipo de tratamiento podría adaptarse a los delincuentes, pero su relevancia para los adultos psicópatas es indeterminada, aunque su utilidad no se descarta.

Terapia Ambiental (Milieu) o Comunidad Terapéutica: se centra en la creación de ambientes consistentes que alteren de forma completa las circunstancias de la vida del sujeto. Muchos autores han argumentado que ésta es la única forma de curar al delincuente. Sin embargo tampoco se ha observado una disminución significativa en la reincidencia. Por otra parte y dado que los delincuentes por lo general requieren estar en instituciones de

seguridad, los intentos de establecer comunidades terapéuticas en una prisión han fracasado por su dificultad.”⁶³

Existen varios tipos de intervención para tratar a los delincuentes, pero las experiencias y resultados obtenidos a lo largo de la historia demuestran que ninguna técnica, terapia, medicaciones, etc., han tenido resultados favorables, la única medida a la cual se ha llegado a concordar por parte de los especialistas para controlar a los delincuentes es el encarcelamiento.

2.6 EL ENCARCELAMIENTO

“La gran mayoría de las personas privadas de libertad tienen entre 18 y 30 años, más de la mitad son jóvenes menores de 25 años, y casi una cuarta parte del total son menores de 22 años. El grupo más numeroso al que se aplica la pena de prisión son jóvenes varones solteros, menores de 26 años, que suponen el 41.6% del total.

El ingreso de una persona en prisión supone su aislamiento afectivo y social, conlleva la pérdida de sus roles sexuales, familiares y sociales, y produce un deterioro de su propia identidad y de su autoestima. Su comportamiento es supervisado continuamente por los funcionarios de la prisión y corregido predominantemente por un sistema de normas formales que le exigen una subordinación que llega a lo servil y que invaden su intimidad. Como consecuencia se desarrolla un código de normas y valores en contra de las normas y fines oficialmente declarados por la institución.

En el sistema social de los internos hay pocos roles y status y una vez asignados, son mantenidos con una gran presión grupal. En la posición de líder se encuentran los internos con larga experiencia delincencial y penitenciaria que cumplen largas condenas por delitos de robo con violencia.

⁶³GODOY Fernández Carmen, CRIMINOLOGÍA PREVENCIÓN, 180pp

En los más bajos, se encuentran los internos físicos y psíquicamente débiles o perturbados, siendo objeto de aislamiento y rechazo los violadores, sobre todo los de niños, y los delatores. Estos líderes se sienten expulsados por la sociedad, optando por la delincuencia como forma de vida conscientemente elegida. Con respecto a los funcionarios de vigilancia presentan una actitud de abierto rechazo en general, que con funcionarios concretos y conocidos podría darse un cierto resentimiento, por el contrario, una actitud abiertamente positiva.

Los valores y actitudes de la subcultura carcelaria son bastante comunes y universales a todas ellas, adoptando la forma de un “código del preso”. Dicho código está integrado por normas que constituyen severos modelos de conducta para los internos, normas establecidas para defender los intereses de los reclusos y en oposición a las reglas oficiales de la prisión. El principio fundamental es que nada de lo que sucede entre los internos debe saberse por los funcionarios; la norma clave, es la de no chivarse. Se valoriza el saber mantener la calma y la frialdad ante posibles discusiones y peleas, reaccionando violentamente sólo ante una clara provocación. Se prescribe que los presos deben compartir los recursos escasos no explotando a los demás presos. Se debe mantener la integridad de la propia personalidad, siendo resistente, duro, aguantando las frustraciones y peligros de la prisión con valor y dignidad. La norma más proclamada es la hostilidad hacia los funcionarios y las normas y valores de la sociedad convencional, rechazando el esfuerzo y el respeto a la ley como formas de conseguir el éxito.

Este código es muchas veces incumplido en la práctica. La subcultura carcelaria parece bastante universal, pero su contenido concreto, severidad y cumplimiento, varía mucho según el tipo de prisión y dureza delincencial del país. El incumplimiento de este código conlleva una serie de sanciones que van desde el aislamiento a la burla hasta la “pena de muerte”.

En cuanto al origen del “código del preso” hay dos teorías. La primera parte de que es la propia prisión la que genera el código, como una defensa para mitigar los sufrimientos psicológicos del encarcelamiento y para reducir la sensación de rechazo social. La otra teoría supone que algunos presos introducen en la prisión los valores actitudes de la subcultura delincinencial que ya profesaban en libertad y que simplemente mantienen en la cárcel.

Otra característica importante en la vida en la prisión es la utilización del tiempo y el espacio, aspectos fundamentales en toda institución total (¿qué hacer?, ¿cuándo hacerlo?, ¿dónde hacerlo?).

En la cárcel casi nunca hay nada que hacer, pero el recluso tampoco puede planificar su tiempo. La importancia en la seguridad, en la evitación de la fuga y el control total del preso, hacen que las actividades en la prisión, además de inestables, carezcan de interés para el preso, al que no se intenta motivar a que participe en la escasa de actividades. Las razones de esto son:

- Apenas existe personal capacitado, motivado y encargado de realizarlas, ya que la gran mayoría de los funcionarios de la prisión están dedicados a tareas exclusivamente regimentales, administrativas y de seguridad y vigilancia, no se le forma en actividades de intervención, y se encuentra en un ambiente laboral sumamente desmotivador.
- El excesivo número de reclusos, el enorme hacinamiento que constantemente satura las cárceles, no permite que todas puedan realizarlas, con lo que frecuentemente no las realiza ninguno.
- La escasez de espacios dedicados a actividades, como el difícil acceso a ellos, dificulta la realización de casi todo tipo de actividades.

- La mayoría de las actividades que se realizaban en muchas prisiones eran llevadas a cabo por parte de personas ajenas a la prisión, perteneciente a diversos grupos (instituciones religiosas, ciudadanas). Pero cuando la situación de la prisión es especialmente precaria, cuando estas personas venidas de fuera critican la situación, la institución penitenciaria reacciona cerrando sus puertas, intentando evitar las críticas ocultando la situación.

2.6.1 CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES DEL INGRESO EN PRISIÓN

Aprisionamiento es el conjunto de efectos de la prisión sobre la comunidad del preso, que inicia con el proceso de adopción de los usos, costumbres, valores, normas y cultura general de la prisión, es decir, la asimilación o interiorización de la subcultura carcelaria.

Este proceso comienza con el ingreso en prisión, asumiendo el rol inferior del grupo al que pertenece (los internos). Se desarrollan nuevas formas de comer, vestir, dormir, trabajar, comunicarse, ocurre cambios en el consumo de drogas, se aprende a practicar juegos de azar, a realizar actividades homosexuales, a desconfiar, incluso odiar a los funcionarios y a aceptar las costumbres y valores de la comunidad de presos.

Toda persona que ingresa en la cárcel se prisionaliza en alguna medida, algunos sólo aceptan los valores de la comunidad de presos por conveniencia o por miedo, otros son escasamente influenciados.

Este proceso está afectado por variables:

- **Personales:** mantenimiento de vínculos con personas del mundo exterior y las expectativas postprisión.
- **Intrainstitucionales:** estructura física de la prisión, la densidad de los internos y su clase, los fines de la institución, las actitudes de los

funcionarios, la posibilidad de un trabajo ocupacional, la programación de actividades educativo-culturales y de tratamiento dirigido a la rehabilitación. Cuanto más se oriente la prisión a la mera retención y custodia, habrá mayor probabilidad de altos niveles de prisionización.

- **Individuales:** el tipo del delito, edad, procedencia ambiental, nivel socio-económico y educativo, precocidad en el delito, experiencia laboral en libertad estabilidad de la personalidad, ubicación dentro de la prisión, etc.

La adaptación a la situación anormalizadora de la prisión supone la adopción de pautas comportamentales adaptadas a dicho contexto y por tanto desadaptadas desde la protectora distancia con que suelen trabajar las ciencias sociales. En la cárcel, la adopción de muchas conductas consideradas “adaptadas” en la sociedad “de fuera”, resultarían inadaptadas, ineficaces y peligrosas. Este proceso de adaptación tiene unas consecuencias concretas, como por ejemplo que toda la vida del preso se va a estructurar en torno a la prisión desde el momento en que entre en ella. Esto lleva que casos y situaciones que en otro ambiente carecerían de exageración de las situaciones, adquieran gran relevancia. Esta es una de las causas de que acontecimientos insignificantes, pueden derivar hacia situaciones conflictivas, incluso de gran violencia.

2.6.1.1 CONSECUENCIAS POR LA INSTITUCIÓN

Como institución penitenciaria es una estructura poderosa frente a la cual el recluso se vivencia así mismo como débil, para mantener unos mínimos niveles de autoestima, se ve obligado a autoafirmarse frente a ese medio enemigo. Según las características de la prisión, frecuentemente adoptará una autoafirmación agresiva, desarrollando una fuerte hostilidad hacia todo lo que tenga alguna vinculación con la institución.

Sólo si el recluso mantiene su firmeza a los intentos de “reformularles”, logrará conservar su autoestima y ello va a ser frecuentemente el parámetro esencial de la manera en que establezca sus relaciones con la institución penitenciaria. Pero esta institución llevará a un endurecimiento del régimen penitenciario, y paralelamente, a una nueva autoafirmación cada vez más agresiva. Se trata de una de las fases más importantes del proceso de prisionización.

No todos los individuos utilizan la autoafirmación agresiva como forma de adaptación al ambiente. Los mecanismos de adaptación que utilice el preso estarán en función de encontrar refuerzo en la propia prisión en función de cómo se incluya en el grupo de presos, lo que suele estar relacionado con el tipo de delito. En este sentido, en el “sistema social alternativo” que es la cárcel, hay delitos prestigiosos y delitos que no sólo humillan a su autor, sino que lo convierte en un marginado. Entre esos “delitos marginadores”, destaca sobre todo el de violación. El profundo rechazo que suelen encontrar por parte de sus compañeros le obliga a utilizar como forma de supervivencia y por tanto de adaptación la sumisión, es decir el sometimiento prácticamente absoluto a la institución. Por eso la mayoría de los “destinos” suelen ser violadores.

Entre estos dos extremos; enfrentamiento y sumisión, se encuentran las formas de adaptación del preso a la cárcel. Cuando el internamiento es por poco tiempo hay formas intermedias de adaptación entre ambos extremos, pero si el internamiento se prolonga, no le quedará más que elegir entre ambos extremos

2.6.1.2 CONSECUENCIAS POR RELACIONES INTERPERSONALES

En un entorno violento todo se vuelve violento y quienes por capacidad de liderazgo están en condiciones de dominar a los demás, lo van a hacer. El compañerismo y la solidaridad se manifestarán frente a la institución, pero

no siempre entre los mismos presos. Por eso un preso que es capaz de tener un enfrentamiento con la institución porque se ha tratado mal al otro preso, es capaz de extorsionarles para conseguir droga o para conseguir algo que le interesa.

Como por otra parte, la institución rara vez tiene capacidad para garantizar la seguridad del preso, se ve obligado a agruparse, tanto para defenderse como para dominar.

La facilitación de las comunicaciones íntimas, no es suficiente para satisfacer las pulsiones sexuales, aumentadas por la situación de estrés que provoca la prisión, en consecuencia se produce una alteración de la sexualidad en tres direcciones:

- Las relaciones sexuales, además de escasas, van a tener que realizarse en el interior de la cárcel, y por tanto van a estar reguladas por la estructuración de la vida penitenciaria y se van a ver envueltas en la anormalización que supone la vida en prisión. El preso no tiene tiempo para sutilezas amorosas, sólo dispone de un breve espacio de tiempo (una o dos horas y tal vez únicamente al mes) y tiene que darse prisa.
- Es evidente que los niveles de masturbación se disparan (sin tratar la masturbación como una desviación sexual). La masturbación adquiere una naturaleza especial en un ambiente total de prisión, tanto en el ámbito cuantitativo como cualitativo. A menudo es la única válvula de escape que tiene el recluso, pero como ha perdido el contacto con el exterior, las fantasías sexuales se anormalizan.
- Y en última dirección, en cuanto a la homosexualidad, sin pretender considerarla como una desviación o alteración sexuales. Se trata en

este punto porque en muchos casos no es una opción elegida, sino impuesta por la realidad de la vida del recluso, produciéndose en muchos casos redes de prostitución, que se van a dejar una profunda huella en quien caiga en ella ya sea por miedo o por necesidad.

En estas condiciones de vida, el recluso llega prácticamente a no tener ningún control sobre su propia vida, esto se debe a que en el ámbito institucional, depende por completo del régimen de la prisión, que va a dirigir todas sus actividades. La capacidad de elección del individuo queda reducida a la mínima expresión. Ni puede planificar su tiempo ni el lugar donde desea estar en cada momento. En la mayoría de las situaciones, es la institución quien decide donde va a estar y qué va a hacer, incluso si va a hacer algo o no.

En el ámbito de las relaciones interpersonales, su conducta se va a ver frecuentemente presionada por las relaciones de poder y en función de la posición que ocupe en las mismas. Casi nada depende de él, todo depende del contexto que le rodea, del que evidentemente no puede esperar nada bueno.

Después de todo lo dicho anteriormente, en la prisión se está siempre en peligro, lo que desarrolla en el preso un estado de permanente ansiedad, que va a derivar hacia una consistencia comportamental que se generalizará en todo tipo de situaciones y que le conduce a vivir aún con más estrés las permanentes tensiones de la vida en la cárcel.

Ante unas agresiones que le llegan por todas partes, el recluso se ve obligado a proteger su propio Yo, lo que le lleva en ese ambiente a una exageración del egocentrismo, todo ello relacionado en función del interés propio. La sensación de peligro es tan grande que difícilmente puede el individuo establecer relaciones de solidaridad con sus compañeros.

Si el recluso no puede controlar su presente, mucho menos puede planificar su futuro. En consecuencia, se deja llevar por lo irremediable de la situación, configurándose en él un fatalismo, que supone una de las principales consecuencias del proceso de inadaptación social, y en la cárcel se presenta con unas características especiales.

Cuando el inadaptado tropieza con la respuesta jurídico-institucional a su comportamiento, sobre todo a partir de su entrada en prisión, esa “adaptación situacional”, le va a conducir progresivamente al fatalismo, debido al gran poder de la institución penitenciaria frente a la debilidad del individuo. A partir de ese momento, va a ver su propia vida como una película en la que él mismo es un actor secundario. Va a pensar que “lo que tenga que ocurrir, ocurrirá”, y que él no tiene ningún poder para evitarlo.

Como ya ha aparecido anteriormente, el preso “vive la cárcel”, provocando que toda su vida se estructure en torno a ello, y que cualquier situación aparentemente insignificante puede llegar a convertirse no sólo en importante, sino incluso en obsesiva. Una de las características más importantes del internamiento penitenciario es que el preso está encerrado “en las pequeñas cosas”. Se trata de otra consecuencia más de la pobreza generalizada de la vida en la cárcel, que implica también una “cotidianización de la vida”, una vida centrada en lo más inmediato, aumentado por la primariedad del inadaptado, todo en la cárcel es inmediato nada más que el aquí y ahora tiene importancia.

Como en la prisión todo está preestablecido, y el recluso apenas tiene ninguna influencia sobre las decisiones que toma sobre él, acaba adoptando una actitud pasiva, esperando que las cosas “le vengan dadas”. Esta situación desemboca en una auténtica delegación de la responsabilidad de propia vida en el entorno institucional. Se convierte en un apático, porque es una buena manera de sobrevivir, y porque aunque lo intente rara vez conseguirá modificar el destino.

Cuando salga en libertad, esta ausencia de responsabilidad será una de las conductas desarrolladas en prisión que más va a perturbar las posibilidades de aprovechar las pocas oportunidades que se le ofrezcan. Sin ningún tipo de preparación, el individuo pasa de la cárcel, donde se le dice todo lo que tiene que hacer, cómo hacerlo y dónde hacerlo, a la situación de libertad en la que ha de tomar sus propias decisiones, planificar y dirigir sus propia vida, a menudo sin ayuda, con un sistema de funcionamiento completamente distinto del que estaba acostumbrado en la cárcel y con fuertes impedimentos.

La entrada en prisión implica el aislamiento inmediato respecto a todo lo que se dejó fuera. A partir de ese momento todo contacto con el exterior se va a producir en prisión y va a ser filtrado por la institución con unos requisitos muy limitativos.

Las personas del exterior, con las que tenía establecidas unas vinculaciones emocionales más intensas, al principio del encarcelamiento se volcarán en él, después tendrán que ir reajustando sus vidas, estableciendo nuevas vinculaciones, en las que el recluso ya no va a estar presente. Esta pérdida de vinculaciones tendrá repercusiones importantes para la vida del preso:

- El recluso irá perdiendo la noción de la realidad del exterior, sus recuerdos se irán alterando a la vez que idealizando. Además, para él, cuando salga el tiempo no habrá pasado e intentará retomar las relaciones interpersonales donde fueron interrumpidas por la entrada en prisión. Pero para los demás todo ese tiempo sí que habrá transcurrido y a veces incluso habrá provocado cambios en sus vidas. Por eso a menudo cuando el recluso sale de prisión no encaja en su ambiente familiar, lo que provocará nuevas frustraciones.

- Dentro de la prisión, las vinculaciones que continúe manteniendo se verán alteradas al realizarse a través de la institución. Estas relaciones dentro de la prisión se realizan:
 - Se habrán de establecer dentro de los que en el ambiente de la prisión se llama “comunicación”. El preso no va a ver a su madre o a su esposa, sino que se va a “comunicar” con ellas. Aquí también se utiliza el lenguaje de la cárcel, que tienen connotaciones anormalizadoras y que el recluso acaba asumiendo como un paso más de la adquisición del proceso de prisionización.
 - Se realizarán a través de lo que denomina locutorio, que anormaliza la relación y la limita en un breve periodo de tiempo de pocos minutos a la semana y donde no hay posibilidad de establecer ningún tipo de intimidad. La configuración arquitectónica de los locutorios, deshumaniza las relaciones, impide cualquier contacto físico y altera la propia comunicación verbal.
 - Las entrevistas personales, sin rejas de separación, además de ser “comunicaciones especiales”, son poco frecuentes y son consideradas como un privilegio en lugar de ser consideradas como un derecho. En el argot penitenciario, este tipo de entrevistas se denomina “vis a vis”

Según las distintas formas observadas de cómo se puede tener una relación interpersonal con las personas del exterior, las pocas que se establezcan, quedan alteradas y anormalizadas por causa de los filtros institucionales. Ocurre lo mismo con el sexo, que no se consideran como relaciones de

intimidad, sino para que el preso pueda descargar sus pulsiones sexuales. Por lo tanto el sexo como cualquier tipo de relación queda alterado y anormalizado, llevando a la frialdad en la pareja, como una reacción normal ante tanta anormalidad.⁶⁴

2.7 SALIDA DE PRISIÓN

“En el momento de salir de prisión, son imprescindibles tres necesidades para disponer de las garantías mínimas de reintegración social. Estas tres cuestiones son fundamentales como indicadores de la situación personal y social que se va a encontrar la persona excarcelada. Estos problemas básicos son:

- Tener a alguien esperándole a la salida (familia, pareja).
- Disponer de una vivienda donde residir.
- Tener un trabajo para buscarse la vida por medios legales.

La gran mayoría de ex-presidarios se encuentran en situación de desempleo al salir de la prisión, es decir que no ha conseguido un trabajo con vista a su reincorporación en la sociedad, ni a través de familia, ni de las instancias penitenciarias responsables de este tipo de actividades.

La mayoría disponen de vivienda y de alguien que les espera a la salida, normalmente su familia. Un 10% aproximadamente de las personas recluidas no tienen vivienda a la salida y ningún apoyo familiar, afectivo o humano, teniendo que recurrir a las instituciones asistenciales de tipo privado o público.

⁶⁴<http://www.prisiones.gov.do/welcome.htm>

Por último, un mínimo de las personas que salen de prisión van hacia una situación de abandono, es decir, sin trabajo, sin vivienda y sin nadie esperándoles a la salida. Este es un colectivo, aunque residual porcentualmente, relevante desde el punto de vista del deterioro de su situación social y sobre todo con personas sin posibilidades objetiva de eludir el reintegro en prisión.

Las necesidades mayoritarias con vistas a la reinserción social, que considera la familiar como condiciones imprescindibles para que el componente que ha sido acusado o sentenciado a una pena privativa de libertad que no vuelva a reingresar en prisión, son las siguientes:

- ***Necesidad de un trabajo:*** un trabajo que aporte estabilidad e independencia económica y una ocupación productiva de una parte de su tiempo.
- ***Alguien con quien compartir su vida:*** tener posibilidades de constituir una familia adquirida o simplemente establecer lazos afectivos estables y consistentes que contribuyan a su equilibrio psico-afectivo
- ***Tener dinero:*** la posibilidad de disponer de bienes y servicios para atender necesidades materiales básicas
- ***Apoyo familiar:*** supone el refuerzo de los lazos con los miembros de su hogar ante las situaciones de desvinculación y conflicto que han deteriorado la vida familiar como núcleo de pertenencia y de referencia primaria
- ***Dejar la droga:*** deshabituación en el consumo y dependencia de las llamadas drogas dura y del alcohol.

- ***Cambiar de grupo de relaciones primarias no familiares:*** círculos de relación donde priman el tipo de actividades cotidianas vinculadas a la actividad delictiva o paradelictiva.
- ***Alguien que le ayude a reconstruir su vida:*** la necesidad de un apoyo profesional o institucional mediante un tratamiento con vistas a llevar un programa integral de tipo rehabilitador.

Las necesidades de primer orden para hacer efectivo el proceso de reinserción social son fundamentalmente tres:

- ***La reintegración laboral:*** es la más importante, vinculada a la posibilidad de desarrollar un trabajo estable y para ello ha de reunir previamente las condiciones necesarias para hacerlo posible, experiencia laboral, entrenamiento, cualificación técnica, formación académica, etc.
- ***La recomposición familiar:*** manifestada como necesidades de apoyo familiar, como carencia de este apoyo. Las propias familias consideran necesario el apoyo familiar, bien por ser inexistente, habiéndose deteriorado las relaciones en el hogar por considerar necesario un reforzamiento de los lazos dado que estos se han debilitado durante el tiempo que ha permanecido un familiar recluido.
- ***El tratamiento socio-sanitario:*** relacionado con dejar las drogas, problema que afecta a las 2/3 partes de las familias, afecta a gran número de personas sobre las que recae la sanción privativa de libertad.

También destaca las necesidades más específicas que suponen un cambio más concreto en relación con la ausencia o presencia de determinadas

figuras referencial como la pareja, grupo de relaciones primarias, educadores, etc.

Por último la dimensión económica, referente a tener dinero para afrontar las necesidades básicas, es un problema que vive casi la mitad de las familias como condición para la reintegración social de su componente encarcelado y en este sentido establecen una relación directa entre su situación de penuria económica y la comisión de hechos delictivos. Esta penuria económica en algunos casos puede venir ocasionada por la carencia de dinero para afrontar los gastos derivados de problemas económicos que ocasionan la drogodependencia o el despilfarro económico.

El proceso de reintegración social va a depender directamente del grado y forma del desarraigo social que se presentan en la vida del individuo.

A medida que un sujeto está afectado por una sola de estas necesidades (trabajo, dejar las drogas, etc.) su proceso de reintegración será más fácil y su nivel de desarraigo menor. Por el contrario, una persona que presenta todas las necesidades, presentará un alto grado de desarraigo social, su proceso de reintegración será mucho más difícil puesto que situación actual como las condiciones objetivas necesarias para la normalización de su vida social, son muy desfavorables.

El dato general es la existencia de un 97% de personas que a salir de prisión plantean al menos una de las necesidades apuntadas para hacer posible su proceso de reintegración social y evitar el reingreso en prisión, un 2.5% manifiestan no tener ninguna de las necesidades anteriores y por tanto, su proceso de reinserción depende de otras consideraciones como:

- Que no van a reingresar por haber sido acusadas o sentenciadas por un solo delito y su contacto con la prisión es ocasional

- Que dependen de otras variables distintas a las que se ha recogido en su futuro ingreso en prisión o desvinculación del circuito penitenciario
- Que consideran que no van a volver a ingresar en prisión porque a la salida han cambiado o cambiarán sus condiciones personales y sociales y se han solucionado o solucionarán estos problemas.⁶⁵

⁶⁵<http://www.members.es.tripod.de/prision/prisiones.htm>

F. METODOLOGÍA

El presente estudio investigativo se desarrolla con la finalidad de generar una concienciación en la importancia de la intervención psicológica en aquellas personas que se encuentran privadas de su libertad, enfrentándose a un sinnúmero de factores psico-ambientales que afectan la conducta; por lo que comprender estas manifestaciones, permitiría contribuir a la construcción de verdaderos centros de rehabilitación social.

Por lo tanto uno de los primeros pasos a realizar es el de determinar la población carcelaria que manifiesta conductas homosexuales, para ello partimos de un universo de **352** personas que se encuentran reclusas en el centro de rehabilitación social femenino de Quito, tomando como muestra de estudio a **64** ppl(Persona Privada de su Libertad), que se la ha determinado de acuerdo a criterios incluyentes y excluyentes, como poseer una edad de entre los 18 a 29 años y que estas personas estén ya sentenciadas.

De esta muestra diagnosticaremos la prevalencia de ppl(Persona Privada de su Libertad) que presentan conductas homosexuales situacionales, así como también el poder determinar y describir los factores ambientales que influyen en la modificación de las preferencias sexuales de estas personas. Para ello aplicaremos como herramientas de evaluación la **Entrevista Psicológica** técnica de interrogación donde se desarrolla una conversación directa con los pacientes que permitirá la obtención de datos informativos; **Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica** que es un instrumento de exploración y valoración que permite diagnosticar a las ppl(Persona Privada de su Libertad); **la Observación Clínica** que es un método de recopilación de información primaria de comportamientos o conductas manifiestas, mediante la percepción directa de los elementos del objeto estudiado, que se caracteriza por ser sistemático, válido y confiable; **Minimental Test** batería psicológica para determinar el estado de las funciones mentales en las pacientes; **el Cuestionario de Personalidad SEAPsi Modificado** que

brindara opciones para reafirmar o corregir diagnósticos de trastornos de la personalidad y finalmente se construirá una **entrevista** de propiedad del investigador del presente estudio, la cual estará basada en indicadores referenciales sobre alteraciones en la identidad sexual, la cual se caracteriza por ser una técnica de interrogación donde se desarrolla una conversación planificada con el sujeto entrevistado, cuyo fin es la obtención de información y la orientación a las personas entrevistadas.

Una vez recolectada la información deseada y entendidos los factores que influyen en el desencadenamiento de estas conductas, se procederá a establecer una propuesta de intervención psicológica, que permita precautelar la estabilidad emocional en las ppl(Persona Privada de su Libertad) del Centro de Rehabilitación Social Femenino de Quito, mediante la elaboración de un plan psicoterapéutico enfocado desde la corriente cognitivo-conductual.

G. CRONOGRAMA

| ACTIVIDADES | MAYO | | | | | JUNIO | | | | | JULIO | | | | AGOSTO | | | | | SEPTIEMBRE | | | | OCTUBRE | | | | NOVIEMBRE | | | | | |
|--|------|---|---|---|---|-------|---|---|---|---|-------|---|---|---|--------|---|---|---|---|------------|---|---|---|---------|---|---|---|-----------|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| PRESENTACIÓN Y APROBACIÓN DEL ANTEPROYECTO | X | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONSTRUCCIÓN DE HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| APLICACIÓN DE HERRAMIENTAS DE INVESTIGACIÓN | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | | |
| INTERPRETACIÓN DE DATOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | X | | |
| PRESENTACIÓN DE INFORME FINAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X |
| SUSTENTACIÓN DE LA TESIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X |

H. PRESUPUESTO

- **RECURSOS HUMANOS E INSTITUCIONALES:**

- Universidad Nacional de Loja
- Centro de Rehabilitación Social Femenino de Quito
- Investigador: Freddy Azanza Villacís

- **RECURSOS MATERIALES:**

| | |
|--|----------------|
| ▪ Impresiones | \$ 200 |
| ▪ Proyecto | \$ 2000 |
| ▪ Transporte, alimentación y hospedaje | \$ 2000 |
| ▪ Propuesta de Intervención | \$ 1500 |
| ▪ Imprevistos | \$ 400 |
| ▪ TOTAL | \$ 6100 |

I. FINANCIAMIENTO

Los costos serán financiados por el investigador en un 100%.

J. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- GODOY Fernández Carmen, **CRIMINOLOGÍA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DELINCUENCIA**, MURCIA - ESPAÑA 1992, IMPRENTA Universidad de Murcia, PRIMERA EDICIÓN, 223pp
- VELASCO Gamboa Emilio, **LA DELINCUENCIA EN LA ERA DE LA GLOBALIZACIÓN**, Editorial Purrua, Primera Edición, México - 2006, 336pp.
- CARDENAS Mario, **Revista de Estadísticas Criminológicas N. 2**(FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO), 45pp, 2010.
- MARCHIORI Hilda, **PERSONALIDAD DEL DELINCUENTE**, Sexta Edición, MÉXICO 2005, 322pp.
- HALES E. Robert, YUDOFKY C. Stuart, TALBOTT A. John, **DSMIV-TR TRATADO DE PSIQUIATRÍA**, Tercera Edición, Editorial Masson, Estados Unidos – 1999, 1693pp.
- MANZANERA RODRÍGUEZ Luis, **CRIMINOLOGÍA**, Tercera Edición, 1992, Editorial. Purrua, pp.213
- BARLOW David, DURAND Mark, **PSICOPATOLOGÍA**, Tercera Edición, Editorial Thomson, Estados Unidos – 2003, 595pp.
- BASE DE DATOS CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO DE QUITO
- <http://www.webislam.com/?idt=11028>Centro Internacional de Estudios Penitenciarios - Prisión Breve Mundial

- http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/specials/2005/carceles/newsid_4393000/4393464.stm/ilanud (instituto latinoamericano de naciones unidas para la investigación del delito)
- <http://www.wikipedia.com/wiki/Delito>
- http://www.flacso.org.ec/docs/ciudad_segura1.pdf
- <http://www.direcciónnacionalderehabilitaciónsocial.com>
- <http://www.OMS.org/saludmental/sexualidad>
- <http://www.galeon.com/emilio-velazco/>
- <http://es.scribd.com/doc/22471484/La-Delincuencia>
- <http://www.prisiones.gov.do/welcome.htm>
- <http://www.members.es.tripod.de/prision/prisiones.htm>
- <http://www.tuotromedico.com/trastornoidentidad/genero>
- <http://www.psiquiatria.com>

ANEXO 2: HERRAMIENTAS INVESTIGATIVAS

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

DATOS INFORMATIVOS

No..... Fecha..... Psicólogo/a.....
Nombre.....
Edad..... Estado Civil..... Religión.....
Lugar y fecha de nacimiento.....
Residencia..... Dirección..... Teléfono.....
Instrucción..... Ocupación..... Sueldo.....
Informante.....
Tipo de consulta: Institucional..... Privada.....

DEMANDA

EXPLÍCITA

.....
.....

IMPLÍCITA

.....
.....

| ORIGEN | | | |
|-------------|--|--------------|--|
| Cliente | | Familiar (s) | |
| Profesional | | Institución | |

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

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

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR

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

HISTORIA PSICOLÓGICA FAMILIAR Y/O GENOGRAMA



RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

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

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL PROBLEMA

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

DIAGNOSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD

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

CRITERIOS PRONÓSTICOS

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

RECOMENDACIONES

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

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA
CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO DE QUITO**

ENTREVISTA

EDAD:..... **CAUSA**

PENAL:.....

SENTENCIA: **SI ()** **NO ()** **TIEMPO:**.....

La siguiente entrevista tiene como intención realizar un estudio serio de las preferencias sexuales que se presentan en las personas internas en las cárceles de la ciudad de Quito, por lo que le solicitamos conteste las siguientes interrogantes con la veracidad y confianza del caso. No se preocupe protegemos la confidencialidad de las mismas. Muchas Gracias.

1) ¿Usted se siente identificado(a) persistentemente con las personas del sexo opuesto?

SI () NO ()

Porque:.....
.....
.....
.....

2) ¿A usted le gustaría pertenecer al sexo opuesto o que lo(a) traten al menos como si lo fuera?

SI () NO ()

Porque:.....
.....
.....
.....

3) ¿Siente usted preferencias marcadas por participar o desenvolverse en actividades propias y exclusivas del sexo opuesto?

SI () NO ()

Porque:.....
.....
.....
.....

4) ¿Usted se siente inconforme o incomodo(a) con las características sexuales que posee?

SI () NO ()

Porque:.....
.....
.....
.....

5) ¿Usted mantiene o ha mantenido durante el tiempo que lleva recluso(a) en este centro de rehabilitación algún tipo de relación sentimental o sexual con alguna persona de su mismo sexo?

SI () NO ()

Porque:.....
.....
.....
.....

6) ¿Piensa usted que el ambiente en el cual se desenvuelve actualmente ha influenciado en la modificación de sus preferencias sexuales?

SI () NO ()

Porque:.....
.....
.....
.....

INDIQUE SU PREFERENCIA SEXUAL ANTES DE INGRESAR AL CRSFQ:.....

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SEAPSI MODIFICADO

Nombre: _____ Edad: _____
 Fecha: _____

INDIQUE LA FRASE CON LA QUE SE SIENTA IDENTIFICADO/A

| | | |
|----|--|--|
| O | Soy obstinado en la búsqueda de la perfección | |
| | Salir de la rutina me provoca una excesiva ansiedad | |
| | Me resulta difícil deshacerme de las cosas | |
| | La gente dice que soy inflexible en temas de ética, moral o valores | |
| | Cuando quiero demostrar algo me preocupa la posibilidad de tener alguna falta que contradiga lo que quiero demostrar | |
| | Soy sensible a la crítica de los demás | |
| | Insisto en que los demás se adapten a mi forma de hacer las cosas | |
| | Me gusta el orden y los métodos | |
| | Soy meticuloso (a) me preocupan los detalles pequeños | |
| P | Me invaden pensamientos persistentes | |
| | Me cuesta confiar en los demás. Soy reservado (a) | |
| | Prefiero saber de antemano que hacer ante las circunstancias | |
| | Me molesta mucho cuando me interrumpen en lo que estoy haciendo | |
| | La gente me envidia y me quiere hacer daño | |
| | He sido víctima de ataques injustos | |
| | Soy demasiado bueno (a) en lo que hago | |
| | No dudo en imponer mi punto de vista | |
| | Cuido mucho lo que les digo a los demás sobre mí | |
| C | Soy celoso (a) | |
| | Me molesta y me es difícil perdonar cuando me agreden o me perjudican | |
| | Mi estado de ánimo es muy variable | |
| | Hay días en que me siento muy alegre y otros sin causa estoy triste | |
| | A veces miro el futuro con gran optimismo y en ocasiones lo veo negro | |
| | Cuando me siento bien me torno excesivamente generoso | |
| | Por las mañanas me encuentro en mejor forma | |
| | Me impresiono ante las situaciones de sufrimiento humano | |
| | Soy sensible | |
| H | Aparecen periodos de tristeza sin motivo | |
| | Considero las relaciones afectivas más de los que son en realidad | |
| | Soy bromista, agradable con las personas que conozco | |
| | En la mayoría de las ocasiones me gusta salirme con la mía | |
| | Me gusta ayudar a la gente | |
| | Reacciono muy emotivamente ante las circunstancias que ocurren a mi alrededor | |
| | Me preocupo mucho por mi aspecto físico | |
| | Suelo exagerar las situaciones | |
| | Entablo conversaciones muy fácilmente | |
| EV | Me gusta ser el alma de las fiestas soy muy alegre y extrovertido (a) | |
| | Me sugestiono fácilmente con lo que me dicen | |
| | Los elogios me agradan | |
| | Me gusta vestir de manera atractiva. Mi actitud suele ser seductora. | |
| | Evito actividades que impliquen contacto con los demás | |
| | Me preocupa la crítica, desaprobación o rechazo de las personas que conozco | |
| | Me muestro tímido, prefiero estar callado (a) | |
| | Debo estar seguro de agradar a los demás para poder relacionarme | |
| | En las relaciones sentimentales me cuesta intimar, tengo miedo de ser ridiculizado o avergonzado | |
| D | Me preocupa ser rechazado socialmente | |
| | A veces me inundan pensamientos de incapacidad al conocer nuevas personas | |
| | Me gustaría mejorar mis relaciones interpersonales y ser más sociable pero siento no ser aceptado | |
| | Tengo dificultades de hablar de mí mismo pues lo que diga puede ridiculizarme o avergonzarme | |
| | Me siento ofendido (a) si alguien se muestra crítico o levemente en mi contra | |
| | Generalmente me siento incomodo o desvalido si estoy solo (a) | |
| | Busco que alguien me proporcione cuidado y apoyo, en especial cuando he terminado una relación | |
| | Ante dificultades recorro a la mayor cantidad posible de fuentes de asesoramiento | |
| | Me cuesta expresar mi desacuerdo con los demás | |
| | Solo tiene sentido recurrir primero a las ideas que están probadas. | |
| | Siempre intento evitar las discusiones | |
| | Soy muy obediente | |
| | Cuando estoy solo (a) me siento incomodo (a) y desamparado (a) | |
| | Soy muy pasivo y prefiero que los demás tomen decisiones por mí | |

| | | |
|----|--|--|
| | Cuando termino una relación busco urgente otra relación | |
| EZ | Me resulta difícil disfrutar de las relaciones familiares y sociales | |
| | Prefiero hacer las cosas solo | |
| | Disfruto con muy pocas actividades | |
| | No tengo amigos íntimos o de confianza | |
| | El aspecto afectivo no tiene mucha importancia | |
| | Me muestro insensible ante los hechos o circunstancias adversas que suceden | |
| | No experimento emociones fuertes como la ira y la alegría | |
| | Prefiero las tareas abstractas o complicadas (imprecisas) | |
| | Si me hacen halagos o críticas me es indiferente | |
| | Prefiero mantenerme distanciado de las personas que me rodean | |
| ET | La gente cree que mi comportamiento es excéntrico o raro | |
| | Tengo un poder especial para saber que es lo que sucederá | |
| | La gente dice que mi apariencia es peculiar, rara | |
| | No tengo amigos íntimos o de confianza | |
| | Soy supersticioso, me preocupo por los fenómenos paranormales (telepatía, sexto sentido) | |
| | A menudo creo que la gente habla mal de mí a mis espaldas | |
| | Siento que soy diferente y que no encajo con los demás | |
| | Me siento muy ansioso ante personas que son desconocidas | |
| | A menudo confundo objetos o sombras con gente | |
| | Los demás no pueden ver, oír o sentir algo que yo sí. | |
| DS | Las normas sociales y legales no me agradan porque no tienen sentido | |
| | A veces hago trampa para obtener beneficios personales | |
| | Si encuentro una solución que para mí está bien, avanzo, sin fijarme si ésta me puede causar problemas a mí o a otras personas | |
| | Me divierto molestando o cuando hago daño a alguien | |
| | No puedo planificar el futuro, me siento incapaz e impulsivo | |
| | Soy muy irritable y agresivo | |
| | No me preocupa mi inseguridad ni la de los demás | |
| | No puedo mantener un trabajo ni hacerme cargo de obligaciones económicas | |
| | No tengo remordimientos | |
| | Algunas veces me han detenido por peleas y pleitos | |
| L | Me cuesta controlar mi ira | |
| | Soy muy impulsivo incluso en mí contra | |
| | Mis relaciones interpersonales son inestables e intensas | |
| | Me gusta manipular a las personas para que estén conmigo | |
| | Me aburro con facilidad y siempre busco algo que hacer | |
| | Temo ser abandonado, no tolero estar solo | |
| | El dinero lo gasto de manera irresponsable por ejemplo en apuestas, en compras innecesarias | |
| | Cambio bruscamente de opinión con respecto al futuro, amistades, profesión | |
| N | Mucha gente que conozco me envidia | |
| | La gente tiene una gran opinión sobre mí | |
| | Creo que me merezco tener un trato especial y que cumplan mis expectativas | |
| | La gente piensa que tengo muy alto concepto de mí mismo | |
| | Sueño con ser famoso | |
| | Me enfado cuando la gente no quiere hacer lo que le pido | |
| | Prefiero asociarme con gente de talento | |
| | Hago cosas para que la gente me admire | |
| | Mis capacidades son superiores a la de los demás | |
| | La gente dice que no me identifico con los sentimientos y necesidades de los demás | |

DX

MINIMENTAL

Paciente:..... **Edad:**.....

PUNTAJE:

ORIENTACIÓN:

| | | | | |
|----|--------------|-----------------|-----------------|-----|
| /5 | Diga en que: | 1. Año | Nos encontramos | (1) |
| | | 2. Mes | | (1) |
| | | 3. Día | | (1) |
| | | 4. Día/semana | | (1) |
| | | 5. Hora | | (1) |
| /5 | En que: | 1. País | | (1) |
| | | 2. Ciudad | | (1) |
| | | 3. Departamento | | (1) |
| | | 4. Hospital | | (1) |
| | | 5. Piso | | (1) |

MEMORIA

| | | |
|----|--|-----|
| /3 | Diga tres nombres: <u>casa, mesa, árbol</u> . Un segundo para cada uno. Luego pida al paciente que los repita. Un punto por cada una. Repítalos hasta que el paciente los registre. Anote el número de ensayos requeridos. _____ | (3) |
|----|--|-----|

ATENCIÓN Y CÁLCULO

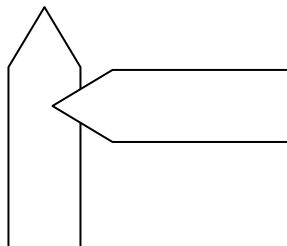
| | | |
|----|--|-----|
| /5 | Restar 100-7 en forma sucesiva. Pare a la quinta respuesta. Registre un punto por cada respuesta correcta, (93,86,79,72,65) | (5) |
| | Decir los meses del año al revés (Diciembre, Noviembre, Octubre, Septiembre, Agosto). Realizar uno a otro: (números o meses) | |

EVOCACIÓN

| | | |
|----|---|-----|
| /3 | Diga las palabras antes presentadas, registre el número de palabras que recuerde. | (3) |
|----|---|-----|

LENGUAJE

| | | |
|-----|--|-----|
| /2 | Denominar dos objetos (reloj, lápiz) | (2) |
| /1 | Repetir: En un trigal había cinco perros | (1) |
| /3 | Comprensión: obedecer una orden en tres etapas: "Tome la hoja con su mano derecha, dóblela y ponga la en el suelo." | (3) |
| /1 | Lea y obedezca las siguientes ordenes: "Cierre los ojos" | (1) |
| /1 | Escriba una frase: | (1) |
| /1 | Copie el diseño | (1) |
| /30 | | |



fvav