

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA

TEMA:

“SÍNDROME ORBITOFRONTAL Y RASGOS PSICOPÁTICOS EN PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL DE LA CIUDAD DE GUARANDA EN EL AÑO 2019”

Trabajo de investigación previo a la obtención del Título de Psicólogo General de la Universidad Tecnológica Indoamérica. Modalidad Proyecto de Investigación.

Autor

Espinoza Martínez Erick Alejandro

Tutor

Ps. Cl. Pérez Vega Doris Jacqueline M.Sc.

Quito – Ecuador

2020

APROBACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, Pérez Vega Doris Jacqueline 1709917189, en mi calidad de tutor del trabajo de titulación nombrado por el Comité Curricular de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Salud, Carrera de Psicología de la Universidad Tecnológica Indoamérica:

Certifico:

Que el Trabajo de Titulación **“SÍNDROME ORBITOFRONTAL Y RASGOS PSICOPÁTICOS EN PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL DE LA CIUDAD DE GUARANDA EN EL AÑO 2019”**, desarrollado por Erick Alejandro Espinoza Martínez, estudiante de la Carrera de Psicología para optar por el Título de Psicólogo General ha sido revisado en todas sus partes y considero que dicho informe investigativo, reúne los requisitos técnicos, científicos y reglamentarios, para ser sometido a sustentación pública y evaluación por parte del tribunal Examinador.

Quito, 22 de mayo del 2020



Ps. Cl. Pérez Vega Doris Jacqueline M.Sc.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

El abajo firmante, en calidad de estudiante de la Carrera de Psicología de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Salud de la Universidad Tecnológica Indoamérica, declara que los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de su persona como autor de este Trabajo de Titulación.

Quito, 22 de mayo del 2020



Erick Alejandro Espinoza Martínez

0202410544

**AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA,
REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA
DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

Yo, Erick Alejandro Espinoza Martínez, declaro ser autor del Proyecto de Tesis, titulado “SÍNDROME ORBITOFRONTAL Y RASGOS PSICOPÁTICOS EN PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL DE LA CIUDAD DE GUARANDA EN EL AÑO 2019”, como requisito para optar al grado de “Psicólogo General”. Autorizo al sistema de biblioteca de la Universidad Tecnológica Indoamérica, para que con fines netamente académicos divulgue esta obra a través del repositorio digital institucional (RDI-UTI). Los usuarios de RDI-UTI podrán consultar el contenido de este trabajo en las redes de información del país y del exterior, con las cuales la Universidad tenga convenio. La Universidad Tecnológica Indoamérica no se hace responsable por el plagio o copia del contenido parcial o total de este trabajo.

Del mismo modo acepto que los derechos de autor, morales y patrimoniales, sobre esta obra, serán compartidos entre mi persona y la Universidad Tecnológica Indoamérica, y que no tramitaré la publicación de esta obra en ningún otro medio, sin autorización expresa de la misma. En caso de que exista el potencial de generación de beneficios económicos o patentes producto de este trabajo, acepto que se deberán firmar convenios específicos adicionales, donde se acuerden los términos de adjudicación de dichos beneficios.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Quito, a los 22 días del mes de mayo del 2020, firmo conforme:

Autor: Erick Alejandro Espinoza Martínez

Firma: 

Número de Cedula: 0202410544

Dirección: Avenida Napo y Pedro Pinto

Correo electrónico: erickespinoza159@gmail.com

Teléfono: 0993672906

APROBACIÓN TRIBUNAL

El trabajo de Investigación, ha sido revisado, aprobado y autorizada su impresión y empastado, sobre el Tema: **“SÍNDROME ORBITOFRONTAL Y RASGOS PSICOPÁTICOS EN PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL DE LA CIUDAD DE GUARANDA EN EL AÑO 2019”**, previo a la obtención del Título de Psicólogo General, reúne los méritos suficientes para ser sometido a disertación pública.

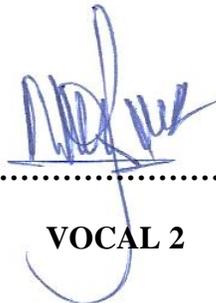
Para constancia firman:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'PSYCHOS FERRER', enclosed within a large, loopy oval flourish. Below the signature is a horizontal dotted line.

PRESIDENTE

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'DANIEL FERRER', enclosed within a large, loopy flourish. Below the signature is a horizontal dotted line.

VOCAL 1

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'MIGUEL', enclosed within a large, loopy flourish. Below the signature is a horizontal dotted line.

VOCAL 2

Quito, 22 de mayo de 2020

DEDICATORIA

“Todo hombre puede ser, si se lo propone, escultor de su propio cerebro”

Santiago Ramón y Cajal

A mis abuelitos, José y Rosario; a mis padres y hermanas.

A las personas que investigan, a aquellos que dedican sus vidas para el avance de la ciencia y el conocimiento.

A todos quienes se esfuerzan por entender el universo tan maravilloso que engloba el cerebro humano.

Erick

AGRADECIMIENTO

Este trabajo de investigación va en gratitud a mis padres, Mario y Diana; a mis hermanas, Adriana y Denisse; quienes han sido un factor primordial en mi desarrollo intelectual, fuentes de amor incondicional, valores, respeto y confianza, por nunca dejarme solo y darme ánimo en todo momento, por iniciarme en la investigación.

A mi tutora de tesis Doris Pérez, por incentivar me en el estudio neuropsicológico, brindarme sus consejos y guiarme sabiamente en este trabajo. A la profesora Diana Montero por su amistad, enseñanzas y sapiencia en la investigación. A mis profesores de psicología por impartirme sus valiosos conocimientos. A todos quienes fomentaron mi curiosidad científica y me motivaron a buscar siempre la verdad basada en evidencia.

Erick

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
PRELIMINARES	
APROBACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA.....	iii
AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA, REPRODUCCIÓN Y PUBLICACIÓN.....	iv
APROBACIÓN TRIBUNAL	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiii
RESUMEN	xiv
ABSTRACT.....	xv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
EL PROBLEMA	3
Contextualización.....	5
Macro.....	5
Meso.....	8
Micro.....	9
Antecedentes	10
Contribución del Trabajo de Investigación.....	13
CAPÍTULO II	14
MARCO TEÓRICO	14
Síndrome Orbitofrontal.....	14
Lóbulo Frontal	14

Corteza Prefrontal	15
Neurodesarrollo de la Corteza Prefrontal	17
Corteza Prefrontal Dorsolateral	19
Corteza Prefrontal Ventromedial	20
Corteza Orbitofrontal	21
Corteza Orbitofrontal y Corteza Prefrontal Ventromedial	23
Síndrome Orbitofrontal	24
Funciones Ejecutivas	26
Elementos de las Funciones Ejecutivas	28
Síndrome Disejecutivo y Disfunciones Ejecutivas	30
Psicopatía	33
Definición de la Psicopatía	33
Rasgos Psicopáticos	34
Trastornos de la Personalidad y Psicopatía	37
Trastorno de la Personalidad Antisocial	38
Trastorno de la Personalidad Narcisista	40
Trastorno de la Personalidad Límite	41
Trastorno de la Personalidad Paranoide	42
Etiología y Neurobiología	44
Neuropsicología de la Psicopatía	47
Neuronas Espejo	48
Trastorno Antisocial de la Personalidad: Psicopatía y Sociopatía	50
Justificación	52
Objetivos	53
Objetivo General	53
Objetivos Específicos	53
CAPÍTULO III	54
METODOLOGÍA	54

Diseño del trabajo	54
Área de estudio	54
Enfoque	54
Población y Muestra	54
Criterios de inclusión	54
Criterios de exclusión	55
Instrumentos de Investigación	58
Procedimientos para Obtención y Análisis de Datos	62
Actividades	63
CAPÍTULO IV	65
ANÁLISIS DE RESULTADOS	65
Medidas de Tendencia Central	65
Correlaciones Estadísticas de las Variables	72
Comprobación de las Hipótesis	73
CAPÍTULO V	74
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	74
Conclusiones	74
Recomendaciones	75
Discusión	75
CAPÍTULO VI	79
LA PROPUESTA	79
Tema	79
Justificación	79
Objetivos	80
Objetivo General	80
Objetivos Específicos	81

Estructura Técnica de la Propuesta	81
Argumentación Teórica	82
Diseño Técnico de la Propuesta.....	84
Desarrollo de la Propuesta	89
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100
ANEXOS	105

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Clasificación de los rasgos psicopáticos puros de Robert Hare	36
Tabla N° 2: Descripción de la muestra del estudio	56
Tabla N° 3: Ficha técnica del instrumento de evaluación BANFE 2.....	60
Tabla N° 4: Ficha técnica del instrumento de evaluación SRP III.....	62
Tabla N° 5: Medidas de tendencia central	65
Tabla N° 6: Correlación de las variables	72
Tabla N° 7: Primera fase de la propuesta.....	84
Tabla N° 8: Segunda fase de la propuesta.....	85
Tabla N° 9: Tercera fase de la propuesta	86
Tabla N° 10: Cuarta fase de la propuesta.....	87
Tabla N° 11: Quinta fase de la propuesta	88

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Porcentaje total de hombres y mujeres de la muestra	57
Gráfico N° 2: Nivel de escolaridad	58
Gráfico N° 3: Sexo	66
Gráfico N° 4: Delitos cometidos por los PPL	67
Gráfico N° 5: Disfunción orbitomedial.....	68
Gráfico N° 6: Correlación entre disfunción orbitomedial y manipulación interpersonal e insensibilidad afectiva	69
Gráfico N° 7: Correlación entre disfunción orbitomedial y estilo de vida errático	70
Gráfico N° 8: Correlación entre disfunción orbitomedial y tendencias criminales	71

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA

RESUMEN EJECUTIVO

TEMA: “SÍNDROME ORBITOFRONTAL Y RASGOS PSICOPÁTICOS EN PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL DE LA CIUDAD DE GUARANDA EN EL AÑO 2019”

AUTOR: Erick Alejandro Espinoza Martínez

TUTOR: Ps. Cl. Doris Jacqueline Pérez Vega M.Sc.

RESUMEN

La conducta antisocial ha sido objeto de investigación en múltiples disciplinas científicas para comprender su causa y desarrollo, llegando a ser considerado un problema de salud pública por el alto riesgo de violencia y transgresión de leyes. El objetivo de esta investigación es determinar la relación entre la disfunción de las áreas orbitofrontal y ventromedial con los rasgos psicopáticos en personas privadas de la libertad en el centro de rehabilitación social de la ciudad de Guaranda. Es un estudio cuantitativo, descriptivo, exploratorio y correlacional, de corte transversal, en una muestra de 126 PPL de ambos sexos, en edades comprendidas entre 18 y 80 años. Los instrumentos para la recolección de datos fueron la Batería Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales (BANFE 2) y Self-Report Psychopathy (SRP III). Los resultados obtenidos muestran una correlación altamente significativa entre el síndrome orbitofrontal y los rasgos psicopáticos. Se realiza una propuesta para implementar sesiones terapéuticas encaminadas a modificar y prevenir conductas desadaptativas.

PALABRAS CLAVE: Corteza Prefrontal, PPLS, Psicopatía, Síndrome Orbitofrontal

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA

EXECUTIVE SUMMARY

THEME: “ORBITOFRONTAL SYNDROME AND PSYCHOPATHIC FEATURES IN PRIVATE PEOPLE OF FREEDOM IN THE CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL OF THE CITY OF GUARANDA IN THE YEAR 2019”

AUTHOR: Erick Alejandro Espinoza Martínez

TUTOR: Ps. Cl. Doris Jacqueline Pérez Vega M.Sc.

ABSTRACT

Antisocial behavior has been the subject of research in multiple scientific disciplines to understand its cause and development, coming to be considered a public health problem due to the high risk of violence and violation of laws. The objective of this research is to determine the relationship between dysfunction of the orbitofrontal and ventromedial areas with psychopathic features in people deprived of liberty in the social rehabilitation center of the city of Guaranda. It is a quantitative, descriptive, exploratory and correlational study, cross-sectional, in a sample of 126 PPLs of both sexes, aged between 18 and 80 years. The instruments for data collection were the Neuropsychological Battery of Executive Functions and Frontal Lobes (BANFE 2) and Self-Report Psychopathy (SRP III). The results obtained show a highly significant correlation between orbitofrontal syndrome and psychopathic features. A proposal is made to implement therapeutic sessions aimed at modifying and preventing maladaptive behaviors.

KEYWORDS: Orbitofrontal Syndrome, PPLS, Prefrontal CórteX, Psychopathy

INTRODUCCIÓN

El síndrome orbitofrontal es un desorden neuropsiquiátrico cuyos síntomas producen afectaciones en los dominios afectivo, conductual y cognitivo, generando alteraciones en las características que definen el desarrollo de la especie humana. Es muy común el cambio de personalidad, secundario al daño neurológico, aflorando rasgos antisociales que son los promotores de actos violentos, criminales y delictivos (Bonilla & Guinea, 2006).

La prevalencia y aumento de este tipo de actos en el Ecuador revela estadísticas alarmantes, el INEC en el reporte de datos actualizado de enero de 2020 reporta 398 violaciones, 6.000 robos de toda índole, 109 homicidios intencionales y 5 femicidios; aumentando drásticamente en comparación con el primer mes del año 2018 y 2019 (INEC, 2020).

En su mayoría las personas involucradas en dichas conductas fueron formadas por factores biológicos, psicológicos y sociales, que interactúan peligrosamente al convivir en sociedad. Esta confluencia genera personas perversas que obtienen satisfacción al hacer daño a sus semejantes, sin saber que sus acciones tienen una implicación neurobiológica muy importante. Por tanto, esta investigación tiene como fin el determinar la relación que existe entre el síndrome orbitofrontal y los rasgos psicopáticos.

El trabajo de investigación se compone de seis capítulos:

CAPÍTULO I.- EL PROBLEMA: Contiene la contextualización macro, meso y micro, los antecedentes investigativos y la contribución teórica, social y económica del proyecto.

CAPÍTULO II.- MARCO TEÓRICO: Incluye las fundamentaciones teóricas de cada variable, la justificación y los objetivos de investigación.

CAPÍTULO III.- METODOLOGÍA: Detalla el diseño del trabajo, área de estudio, enfoque, población, objeto de investigación, instrumentos psicológicos de evaluación, procedimiento para la obtención y análisis de datos y actividades realizadas.

CAPÍTULO IV.- ANÁLISIS DE RESULTADOS: Contiene el análisis e interpretación de los datos y la comprobación de la hipótesis de investigación.

CAPÍTULO V.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES: Presenta los resultados y porcentajes obtenidos, se generan conclusiones, recomendaciones y discusión.

CAPÍTULO VI.- LA PROPUESTA: Expone un plan de intervención sobre la problemática que se plantea. Incluye el tema, la justificación, los objetivos, la estructura técnica, la argumentación teórica y el diseño técnico.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

La psicología forense o jurídica es una rama de la psicología que tiene mucho tiempo de haber sido establecida pero que, recientemente ha tenido más acogida por muchos profesionales en el acompañamiento de casos penales y psicológicos. Es la justicia básicamente la que ha generado el potencial de desarrollo de esta ciencia independiente y a la vez dependiente del campo. La psicología, conjunta interdisciplinariamente con la jurisprudencia y la criminología ha servido para estudiar los perfiles de las personas con mayor tendencia a cometer delitos de toda índole en el ámbito social mundial.

En este contexto la investigación toma como referencia la parte científica aplicada al campo de la salud mental para la comprensión del comportamiento de las personas que cometen delitos basándose en la teoría de dichos postulados, a pesar de que las ciencias del comportamiento han prosperado, en Latinoamérica no existen protocolos de detección de rasgos psicopáticos tempranamente y por ende de los tipos de personalidad más propensos a cometer delitos, ya que si existieran, se disminuiría el número de personas que desarrollen trastornos del comportamiento que influya al infringir la ley.

La investigación en psicología forense se ha ido desarrollando acorde a las necesidades planteadas por la justicia, las leyes y las nuevas formas de delincuencia. Cada día se cometen infinidad de actos delictivos, siendo peculiares para evadir la justicia, este aspecto también es importante, porque las estrategias para delinquir son

más elaboradas, un proceso de detección y promoción de salud mental, haciendo énfasis en los trastornos de personalidad, funcionaria en el ámbito judicial y posteriormente penitenciario para disminuir estos porcentajes.

A la par a este estudio psicológico, va la neuropsicología, una rama científica que se encarga del estudio de los procesos cerebrales que intervienen en nuestro comportamiento y su rehabilitación en el caso de patologías. En este estudio entra el del síndrome orbitofrontal, que está relacionado a la edad, siendo un factor determinante y globalizado el que los delincuentes tengan el inicio en la incursión criminal cuando son muy jóvenes. En América uno de los países con mayores adelantos en la investigación neuropsicológica y psicopatológica de la psicopatía es México, y en la academia, la Universidad Autónoma, cuyos investigadores de la facultad de ciencias médicas y psicológicas han planteado varios test y protocolos; algo muy preocupante es el contexto estadounidense, donde hay muchas personas que cometen masacres y asesinatos, pero no existe una regulación de la tenencia y el ser portador de armas, presentándose mayor incidencia en el cometimiento de delitos, habiendo mayor índice de trastornos psicopáticos y de la conducta, pero no se realiza una investigación exhaustiva en el tema, a pesar de los grandes avances en el campo de la criminología.

El presente trabajo pretende responder y aportar con información a la psicología forense y neuropsicología ecuatoriana basándose en tres preguntas: ¿Qué es el síndrome orbitofrontal?, ¿Cuál es su relación con los rasgos psicopáticos en las personas privadas de la libertad en el Ecuador? y ¿Cómo influyen en el cometimiento de los delitos? Tomando como referencia las variables: La intervención de los psicólogos y psiquiatras en el contexto penitenciario y el acogimiento de la salud mental en las mismas instituciones. Esto permitiría explicar el estado actual del sistema carcelario ecuatoriano y de qué manera se evalúa psicológicamente a las personas privadas de la libertad, que se hace para su verdadera rehabilitación tomando en cuenta sus perfiles y como se abordan las problemáticas en las cuales están inmersos, basándose siempre en las nuevas corrientes teóricas e investigaciones para conocer los

rasgos psicopáticos y su tratamiento, las personalidades delictivas y los trastornos del comportamiento de las personas más propensas a cometer delitos.

En nuestro país no existen investigaciones relacionadas a esta temática, radicando en esto el interés de desarrollarlo, para la comprensión de las conductas antisociales y cuál es su estado en el sistema penitenciario, en el Centro de Rehabilitación Social de la ciudad de Guaranda. La academia ecuatoriana y específicamente el área psicológica deberían emprender un proceso de investigación exhaustivo, no solo para el progreso de la ciencia y la comprensión del delito o sus protagonistas, sino para el bienestar general de todas las personas.

CONTEXTUALIZACIÓN

Macro

Según estudios de la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito en América Latina se concentra el 10% de la población mundial y el índice de cometimiento de delitos es del 30% sobre el global, es decir más de la cuarta parte de todos los delitos son cometidos en esta región (Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, 2018). La mayoría de estudios e investigaciones que han buscado la relación entre las funciones ejecutivas y la psicopatía o la conducta antisocial son desarrollados en México, un país con un alto índice en el cometimiento de delitos, asesinatos y homicidios en su mayoría; seguido de El Salvador, Honduras, Guatemala, Colombia, Venezuela, Brasil y Cuba, cabe destacar que España también es un país con un número considerable de investigaciones relacionadas a este tema, sin dejar de lado a Estados Unidos donde fueron pioneros en el estudio de los asesinos seriales y psicópatas.

Varias fuentes coinciden en que Iberoamérica es la región más violenta del mundo, en donde la violencia está en auge, al igual que el crimen y el delito, cuyos índices cada año se incrementan de manera alarmante. Se podría decir que en esta

región se cometen todas las clasificaciones de crímenes y delitos, representando un porcentaje significativo frente al global. Esto se ve reflejado en un estado preocupante, ante el caos social que origina este constante acecho a la integridad de las personas que radican en estos territorios.

La violencia se traduce como un problema de salud pública en todo el mundo, no solo porque es causante de todo tipo de crímenes, sino porque es un problema marcado que incurre en la muerte de cientos de personas cada año. Solamente entre el año 2000 y el 2018 han muerto 2.7 millones de iberoamericanos de forma violenta, siendo Centroamérica el epicentro (González, 2019). Según la Organización Mundial de la Salud (citada por González, 2019, p.3) indica que ocho países de la región superan el límite de violencia definido, en cuyos territorios se encuentran 42 de las 50 ciudades más violentas del mundo. En donde la inseguridad se ha convertido en un asunto del día a día, con el que, sorprendentemente, las personas se han acostumbrado a convivir.

Los crímenes son imputables en todos los países de la región, con penas acorde al acto cometido, sin embargo, del total de actos criminales cometidos solamente la mitad son juzgados en los tribunales de justicia. En esta región cinco de cada diez habitantes mencionan que, ellos o algún familiar, han sido víctimas de algún asalto, robo, agresiones o delitos violentos en el último año; esto no solo ha decantado en que dejen de realizar alguna actividad por temor a ser nuevamente víctimas de delincuentes, sino que tomen la justicia por sus propios medios. Las bandas delincuenciales y pandillas centroamericanas, mexicanas y colombianas incurren en todo lo que este fuera de la ley, teniendo como principal actividad ilícita al narcotráfico, asesinato y sicariato, siendo sus organizaciones las más peligrosas de toda la región (Morán, 2010, p. 2).

Para explicar el porqué del ser humano en cometer actos antisociales y violentos que van en contra de la integridad de las personas, se han buscado varias explicaciones y una de ellas está fuertemente vinculada a la explicación neurobiológica, iniciando estudios desde la psicología hasta la neurociencia. En México se ha avanzado bastante

en la investigación en neuropsicología forense, siendo un referente en el ámbito a nivel de Latinoamérica, donde se han hecho estudios en la población carcelaria. Los avances científicos de la Dra. Feggy Ostrosky, cuyos planteamientos teóricos han estado orientados a desentrañar el complejo funcionamiento del cerebro y que es lo que provoca sus fallos en los distintos panoramas, la investigación se ha centrado en una parte específica y la más reciente en la evolución, la corteza prefrontal ubicada en el lóbulo frontal, esta área que es la responsable del comportamiento, la conducta y las normas sociales de los seres humanos, la que controla las funciones ejecutivas, el área que regula nuestra toma de decisiones y la ética en las relaciones sociales. Por tanto, hay una conexión entre esta sección cerebral y el cometimiento de delitos, con rasgos psicopáticos muy marcados.

En Colombia, relacionada a este ámbito, destaca la investigación “Alteración de las Funciones Ejecutivas en Personas Vinculadas al Conflicto Armado Colombiano”, se realiza una aproximación a las disfunciones de las áreas orbitofrontales y dorsolaterales, las cuales han sido relacionadas con una conducta antisocial. Las personas evaluadas presentaban conductas antisociales, criminales y delictivas, que cumplían con el diagnóstico de trastorno de personalidad antisocial y rasgos psicopáticos, luego de la evaluación los resultados demostraron alteraciones en las áreas mencionadas. Estas personas analizadas tenían a su cargo un sinnúmero de delitos, por los cuáles cumplían penas en prisión de varios años. (Arana, Gómez & Molina, 2013).

A pesar de que no existan estudios, de organismos mundiales o regionales de salud y seguridad, entre la relación de funciones ejecutivas y rasgos psicopáticos, desde las universidades si han abarcado el tema. Los diversos estudios a nivel Iberoamericano destacan un fuerte componente neurobiológico en el cometimiento de actos antisociales y en el desarrollo de rasgos psicopáticos, por esta razón es que el tema es concerniente a la salud pública, un problema grave para la seguridad de las personas.

Meso

Los organismos de salud pública y de seguridad a nivel de país no centran sus estudios en relacionar las dos variables propuestas en este trabajo de investigación, por ser un tema desconocido, sin embargo, se exponen índices de los delitos cometidos y lo primordial en realizar esta investigación.

Según el INEC hasta septiembre del año 2019 se ha cometido 835 homicidios intencionales o muertes violentas, 39 femicidios, 40.000 robos en general y 4.000 delitos sexuales, equivalente al año 2018, estos delitos de connotación psicosocial representan un problema para la seguridad pública en todo el país. Las gestiones de la Policía Nacional y el Ministerio del Interior están encaminadas a reducir estas cifras, sin embargo, es algo difícilmente controlable por las autoridades (INEC, 2019).

El distrito 8, conformado por Guayaquil, Durán y Samborondón es el que más delitos y crímenes violentos presenta del total nacional, el 40% se dan en esta zona de la región litoral (El Universo, 2019).

Dada la importancia del tema, se realizó la investigación “Estudio Comparativo del Perfil Neuropsicológico Prefrontal entre sujetos con Conductas Psicopáticas y/o delictivas y Sujetos Normales, en el Contexto del Peritaje Forense” es uno de los estudios más completos que se han hecho en el país, la evaluación fue realizada en el Ex Penal García Moreno de varones y Penal de mujeres, estuvo compuesta por 60 personas, las mismas que fueron divididas en tres grupos: rasgos psicopáticas, conductas delictivas y controles no forenses sin antecedentes penales. Los resultados de este estudio evidencian un perfil neuropsicológico inferior en el desempeño prefrontal en las áreas orbitomediales, anterior y memoria de trabajo fundamentándose en una inhibición y riesgos en la toma de decisiones, además de poco control emocional, a diferencia de los controles que tuvieron un perfil óptimo (Moreno, 2014).

La investigación científica en el país avanza a un ritmo lento. Esto presenta dos alternativas, un problema, porque no hay suficientes investigaciones en las cuales se pueda apoyar otro estudio, y una ventaja, el trabajo investigativo es uno de los pioneros en el campo. La búsqueda bibliográfica ha sido extensa y se han encontrado dos trabajos de titulación y un artículo científico relacionados directamente con el tema; además de dos trabajos de titulación similares, que, aunque no están centrados en la psicopatía, si orientan en sus conclusiones que la disfunción en las funciones ejecutivas está relacionada con un tipo de personalidad antisocial o un incorrecto uso de las normas, el comportamiento poco ético y las conductas agresivas.

Micro

En la ciudad de Guaranda no existe una trayectoria de investigación tan extensa y menos en el ámbito de la neuropsicología forense, sin embargo, hay un trabajo de titulación con características similares al presente, el mismo está titulado “Funciones Ejecutivas en Personas Privadas de Libertad. Centro de Rehabilitación Social de Guaranda, 2018 – 2019” fue desarrollado en el mismo centro penitenciario y se aplicó el mismo instrumento de evaluación, la Batería Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales (BANFE 2), además de una ficha de observación. La población estuvo conformada por 66 personas y la muestra por 54 personas que cumplen una sentencia por delito de violación. Los resultados de este estudio se manifiestan en una mayor alteración del área orbitomedial y dorsolateral, favoreciendo a la manifestación de una conducta antisocial y el bajo control de impulsos, otro dato muy interesante que también se plantea en el estudio es que a mayor tiempo recluidos hay una mayor afectación de las funciones ejecutivas (Carballo & Guamán, 2019).

Los trabajos realizados en pro de una determinación orgánica del cometimiento de delitos y conductas antisociales van en aumento, por tanto, es importante incentivar y aportar datos que se puedan utilizar en investigaciones posteriores.

ANTECEDENTES

El presente tema de investigación tiene en realidad pocos años de haber sido tomado en consideración para su estudio profundo, en épocas pasadas se asumía que la conducta antisocial se daba por varios factores psicosociales inestables y que ejercían una fuerte influencia sobre el individuo, aunque esta es una variable primordial en el desarrollo de estas conductas, no es la determinante; los estudios en neuroimagen han permitido conocer al órgano rector de todas las conductas del ser humano, el cerebro, toda orden sale de aquí, que cuando tiene un óptimo funcionamiento el curso de la vida es el correcto, pero en ocasiones esto no sucede y es ahí donde se presenta un problema.

En la investigación “Funciones Ejecutivas y Psicopatía” realizada en España se resalta la relación teórica entre las funciones ejecutivas y psicopatía, donde hay aspectos cognitivos y emocionales que favorecen la manifestación de conductas antisociales, al no ser un estudio experimental las autoras no presentan evidencia concluyente, pero recalcan teóricamente en que un síndrome disejecutivo y una afectación en el lóbulo frontal está relacionado con el cometimiento de delitos (Prieto & Salar, 2013).

En la investigación “Desempeño Neuropsicológico Orbitomedial en Psicópatas” se evidencia que la corteza prefrontal y en especial las áreas orbitomediales tienen relación directa con la conducta antisocial y el cometimiento de delitos en especial en las poblaciones forenses, es decir que están reclusos en cárceles. Los instrumentos utilizados para la evaluación fueron la Batería Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales (BANFE 2) y la Escala de Psicopatía de Hare (PCL-R), la población del estudio estuvo conformada por 63 hombres, divididos en 30 psicópatas y 33 controles, reclusos en prisiones de la Ciudad de México, Toluca y Guadalajara. Luego de realizar la evaluación y procesar los datos, los resultados indicaron que los psicópatas obtuvieron un desempeño orbitomedial inferior al grupo de controles, presentaban una mayor dificultad en la inhibición y la toma de decisiones, que es lo que controla esta área (Díaz *et al*, 2013).

La investigación “Desempeño Neuropsicológico Prefrontal en Sujetos Violentos de la Población General” de las mismas autoras mexicanas, en donde se aplicaron las evaluaciones a una población no forense o no institucionalizada para corroborar sus investigaciones ya que, algunos estudios señalan que la neurobiología relacionada con la violencia y la psicopatía está vinculada a una alteración en la corteza prefrontal (CPF), la misma que está dividida en tres áreas: dorsolateral, orbitofrontal y frontomedial. El instrumento de evaluación fue la Batería Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales (BANFE), para el estudio la población fue previamente seleccionada utilizando la Escala de Agresión Proactiva-Reactiva, la cual estuvo compuesta de 60 hombres adultos de la Ciudad de México, 30 sujetos violentos y 30 controles, luego de la evaluación y el procesamiento de los datos se evidenció un menor desempeño orbitomedial en los sujetos violentos, como ya se ha observado en otras investigaciones anteriormente (Díaz & Ostrosky, 2012).

La investigación “Desempeño Neuropsicológico en Pruebas de Funciones Ejecutivas y Frontales en Mujeres Condenadas por Delitos Violentos en un Centro Penitenciario de Cartagena”, donde se describe el desempeño neuropsicológico de tres mujeres, condenadas por delitos violentos y lesiones personales, recluidas en la cárcel de San Diego Cartagena. El instrumento de evaluación utilizado fue la Batería de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales (BANFE) para determinar el tipo de funciones ejecutivas relacionadas con el cometimiento de estos delitos, luego de procesamiento de los datos se evidencio que las mujeres que cometieron delitos violentos tenían un desempeño inferior en las áreas orbitomediales, diferenciándose de la mujer condenada por lesiones, la cual tuvo un desempeño normal. Cabe recalcar que la población no es tan extensa como para que sus resultados sean concluyentes y generales, pero si corrobora varias investigaciones (Arzuaga & Jiménez, 2014).

El Ecuador es un país con poca incursión científica en varias disciplinas y el estudio de la neurociencia lo es aún más, tomando en consideración el tema planteado en esta investigación, para generar los antecedentes se han encontrado escasos estudios que busquen un vínculo entre la neuropsicología y el ámbito forense, hay tres trabajos

de titulación a nivel nacional y uno a nivel local que relacionan las dos variables, esto significa que hay un largo camino que recorrer en la investigación.

En la investigación “Estudio de la función ejecutiva en menores infractores de 14 a 16 años del Centro de Adolescentes Infractores (CAI) Virgilio Guerrero” el número de internos evaluados fue de 14, se destaca que, posterior a la evaluación y al análisis de los datos, existe una alteración en las funciones ejecutivas, específicamente en el control inhibitorio, que está relacionado con el área orbitofrontal, aunque esta investigación no está realizada en adultos tiene resultados similares a otras investigaciones (Ruiz, 2013).

La investigación “Evaluación de las Funciones Ejecutivas en Adolescentes Infractores en el Centro “El Buen Pastor” de Quito durante el periodo 2014” el número de infractores fue de 30, a los cuales se les aplicó la Batería Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales (BANFE), los resultados son semejantes a los presentados anteriormente, en la evaluación se evidencio una alteración a nivel dorsolateral, encargado de la flexibilidad mental, planeación, y orbitomedial, encargado del control inhibitorio, toma de decisiones, seguimiento de reglas, este estudio también es realizado en adolescentes y corrobora resultados de investigaciones previas (Tapia, 2015).

CONTRIBUCIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

La contribución **teórica** de esta investigación está centrada en la contribución de nuevos conocimientos al área de desarrollo y el análisis de las dos variables expuestas, psicosociales y cognitivas, generando una respuesta a su interacción en relación al cometimiento de delitos. Este aporte se podrá contrastar con los resultados y las conclusiones posteriores al análisis de los datos, lo que permitirá tener un fundamento y la generación de hipótesis en el área de estudio, basándose en las teorías científicas neuropsicológicas.

La contribución **económica** del presente trabajo está a cargo del investigador, sin implicar otra inversión.

La contribución **social** se evidenciará en la creación e implementación de un plan de intervención y reinserción social para sujetos que han cometido delitos de toda índole. Los resultados obtenidos serán socializados con el personal administrativo, guías penitenciarios, personal de salud mental y varios de los internos del Centro de Rehabilitación Social, para comprender las conductas psicopáticas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

SÍNDROME ORBITOFRONTAL

Lóbulo Frontal

El lóbulo frontal, estructuralmente, se sitúa en la zona anterior de la corteza, es el que tiene mayor extensión e importancia funcional para los seres humanos, puesto que controla las funciones cognitivas superiores. Ubicado delante de la cisura central y sobre la cisura lateral. Tiene dos divisiones: la corteza motora y la corteza prefrontal, que ocupan respectivamente la mitad posterior y la mitad anterior. Una característica de la corteza prefrontal es que no tiene conexiones con las áreas motoras primarias, además de recibir información del sistema límbico; está formada por tres regiones que son anatómicamente diferentes: dorsolateral, medial y orbital. También se pueden apreciar cuatro áreas funcionales: corteza motora primaria, corteza premotora, área de Broca y área prefrontal (Portellano, 2005, p. 118).

Ocupa más de la tercera parte de toda el área cortical, cuyas áreas motoras son las encargadas de controlar las diversas acciones del cuerpo. Es el área cerebral donde se ubican las funciones que guían el comportamiento, además proporciona la capacidad de los valores morales, de la toma de decisiones y el control inhibitorio. Es el área rectora de todas las características de la conducta humana que diferencian a los seres humanos de otras especies. Una característica bien definida de la corteza frontal es que aporta la capacidad del juicio, lo que permite adaptar el comportamiento en busca de un óptimo resultado en las diferentes tareas diarias. (Clark, Boutros & Méndez, 2012, p.84).

Flores, Ostrosky y Lozano (2014, p. 1) mencionan que: “Los lóbulos frontales son las estructuras cerebrales de más reciente desarrollo y evolución del cerebro humano”. Esta área tiene especial interés para la neuropsicología, porque es la que guía y predispone la conducta humana en sus múltiples etapas. Desde la perspectiva neuropsicológica estas estructuras son aquellas que van direccionadas hacia la planeación, regulación y control de los procesos psicológicos (Luria, 1986, citado por Flores, Ostrosky & Lozano, 2014, p. 8). La conducta humana compleja, la creación de programas y sistemas de acción, la formación de intenciones y maneras de actuar es lo que está relacionado anatómicamente con la psicología, por lo que se torna primordial el estudio de esta zona. Todo este cúmulo de acciones, sin duda, convierten a los lóbulos frontales en el centro ejecutivo del cerebro y, por consiguiente, del cuerpo.

Usualmente esta área termina su maduración alrededor de la tercera década de vida de los seres humanos. Entre las funciones más características de este lóbulo se encuentran: funciones ejecutivas, sociales, emocionales, motoras y lingüísticas.

El daño que pueda sufrir el lóbulo frontal tiene diversas consecuencias en las conductas complejas del ser humano, que van desde alteraciones en la regulación de las emociones, déficit de conducta social, alteraciones en el pensamiento abstracto y la metacognición, a esto se debe el profundo estudio neuropsicológico de este lóbulo, además de sus características y funciones (Flores & Ostrosky-Solís, 2008, p. 2).

Corteza Prefrontal

La corteza prefrontal puede ser definida, en términos generales, como la parte de la corteza que recibe las fibras del núcleo del tálamo. Esta región, anatómica y funcionalmente, representa el culmen del desarrollo cerebral en los humanos, teniendo la responsabilidad de controlar la cognición, la conducta y la actividad emocional, las mismas que agrupadas forman las funciones ejecutivas. En cuya división consta de tres áreas anatómicas bien definidas: una región dorsolateral, una orbital y una medial, las cuales tienen la función de transmitir información de la corteza temporal, la corteza

piriforme y la amígdala, área con la que tiene conexiones recíprocas. Estas subdivisiones cumplen diversas funciones, la región orbital y dorsomedial están dentro de la corteza de asociación límbica; la región dorsolateral está relacionada con la esfera cognitiva abordando percepción, memoria y planeación motora; las regiones orbital y medial tienen a su cargo el comportamiento social y emocional. Otra de las divisiones anatómicas de esta corteza, propuesta por varios autores, engloba cinco áreas: corteza prefrontal anterior, corteza prefrontal dorsolateral, corteza prefrontal ventrolateral, corteza prefrontal medial y la corteza orbitofrontal (Clark, Boutros & Méndez, 2012, p.91).

Representa una región muy amplia que está ubicada por delante del área precentral, incluyendo la mayor parte de las circonvoluciones frontales: superior, media e inferior, las circonvoluciones orbitarias, la mayor parte de la circonvolución frontal medial y la mitad anterior de la circonvolución cingular, además de las áreas 9, 10, 11 y 12 de Brodmann. Se conecta con otras áreas de la corteza cerebral, tálamo, hipotálamo y cuerpo estriado a través de un gran número de vías aferentes y eferentes. Varias investigaciones han determinado que esta corteza tiene un papel determinante en la constitución de la personalidad de los individuos, de la identidad que cada persona posee y la hace diferente a las demás, influyendo decisivamente en la iniciativa y el juicio (Snell, 2007, p. 317).

La corteza prefrontal se relaciona con la corteza de asociación del lóbulo frontal. En el desarrollo cerebral de los seres humanos hay diferentes cambios, que se dan acorde a la edad o las influencias del ambiente en el que se desenvuelven. Uno de ellos, que ocurre en la primera etapa de la adultez, es la maduración de la corteza prefrontal; tomándola desde una perspectiva ontogenética constituye la última región cerebral en adquirir una mielinización axonal y desde una perspectiva filogenética su gran ocupación cortical es una característica que se encuentra solo en los primates. La corteza prefrontal en mamíferos, humanos y no humanos tiene una prominencia característica de células de tipo granular, mostrando una clara identificación de células de tipo granular IV, generando un contraste con la corteza motora que es de tipo

agranular. Las conexiones anatómicas de esta región se caracterizan por su estrecha conectividad recíproca con el núcleo dorsomedial del tálamo (Redolar, 2013, p. 722).

Esta región tiene una gran conectividad directa con todas las áreas del cerebro, excepto con el tronco cerebral y con la médula espinal, de esta manera se convierte en la gran responsable de guiar el flujo de actividad a lo largo de las redes neuronales, logrando procesar estímulos externos (como los de la corteza sensorial) o internos (emocionales y cognitivos) para que sean dirigidos a la corteza motora y premotora, generando acciones encaminadas a la consecución de objetivos (Redolar, 2013, p. 723).

El daño bilateral a los lóbulos prefrontales puede generar cambios conductuales muy graves, quienes llegan a sufrirlo se vuelven apáticos y presentan un mayor comportamiento impulsivo, baja o nula concentración, lentitud y falta de espontaneidad en el habla, el pensamiento y la expresión emocional, es decir, su comportamiento puede generar muchos cambios en todos los aspectos en los que antes mostraba pleitesía y amabilidad, tornándose más irritables. Usualmente estas áreas son muy proclives a sufrir una lesión, por encontrarse muy cerca de la parte ósea, lo que facilita el deterioro neuropsicológico, evidenciándose tiempo después de la lesión (Clark, Boutros & Méndez, 2012, p. 92-93).

Neurodesarrollo de la Corteza Prefrontal

Los cambios, el desarrollo y la maduración del sistema nervioso están determinados a tiempos específicos que se constituyen en verdaderos procesos que influyen en las condiciones necesarias para un adecuado desarrollo cognitivo.

Estos procesos madurativos que dan forma al sistema nervioso central se presentan en dos tipos: progresivos y regresivos. Dentro de los procesos regresivos se encuentra la proliferación celular (un incremento en su número), la arborización dendrítica (nacimiento y crecimiento de dendritas) y la mielinización (recubrimiento de los axones con mielina). A su vez dentro de los procesos regresivos se encuentran

la apoptosis y la poda neuronal. El cerebro humano generalmente alcanza el 90% del tamaño que tendrá en la adultez a los cinco años de edad, sin embargo, otros procesos madurativos no se concluyen hasta la edad adulta (Lenroot & Giedd, 2006, citados por Flores, Ostrosky & Lozano, 2014, p. 2).

Esta maduración del sistema nervioso se debe a varios factores como la interacción de diversos procesos, algunos de ellos se dan antes y después del nacimiento, continuando hasta la adultez. Todos se suceden en un nivel jerárquico, iniciando en las áreas de proyección y posteriormente en las áreas de asociación, por lo tanto, el área de la corteza prefrontal en conjunto con la región supralímbica son las áreas que alcanzan su desarrollo al final. Esto se torna relevante en cuanto a las funciones ejecutivas porque estas dependen mucho de la corteza prefrontal y de su maduración, así como de otras regiones subcorticales, esto explica porque en la adolescencia cuesta tanto tomar decisiones adecuadas y los actos se tornan impulsivos y riesgosos en varios sentidos (Lenroot & Giedd, 2006, citados por Flores, Ostrosky & Lozano, 2014, p. 2). Lo mismo ocurre con la mielinización, siguiendo el mismo proceso jerárquico, que es muy importante porque da una mayor velocidad de conexión en las diferentes redes neuronales.

En concordancia con estudios de neuroimagen se evidencia que las últimas áreas en adquirir una apariencia de mielinización son los lóbulos frontales, parietales y occipitales, que ronda entre los ocho y doce meses de edad, ya que, el proceso de mielinización se completa alrededor de la tercera década de vida. Los mismos estudios han demostrado que se da un incremento de sustancia blanca en el lóbulo frontal de los cuatro a los trece años de edad, lo que se atribuye a la mielinización de los axones cortico-corticales (Sowell, Thompson, Tessner & Toga, 2011, citados por Flores, Ostrosky & Lozano, 2014, p. 3). Con la sustancia gris sucede algo parecido, se da un aumento en la infancia, alcanzando su nivel máximo al llegar a la adolescencia once años en mujeres y doce años en hombres, a partir de este punto se produce un declive (Lenroot & Giedd, 2006, citados por Flores, Ostrosky & Lozano, 2014, p. 3).

La poda sináptica también es muy importante en el neurodesarrollo porque permite eliminar conexiones neuronales no funcionales en el niño, dejando mayor cantidad de estas conexiones sinápticas para cuando sea adulto, donde las va a requerir más especializadas. Esta poda se torna continua desde los 5 a los 16 años en la tercera capa de la corteza prefrontal y entre los 2 y 7 años la densidad neuronal de esta capa descende de un 55% a un 10% del valor promedio de un adulto (Huttenlocher & Dabholkar, 1997, citados por Flores, Ostrosky & Lozano, 2014, p. 3). Lo que resulta primordial e innovador para el aprendizaje es que a los tres años y medio la densidad sináptica alcanza su valor más alto siendo incluso un 50% mayor que en los adultos, de esta manera es concluyente que la primera infancia es un tiempo adecuado para el aprendizaje de diversas cosas.

Todos estos cambios estructurales y funcionales de la corteza prefrontal no representan una garantía de un adecuado desarrollo en el control ejecutivo y cognoscitivo relacionado a esta región. Hay varios aspectos que van a incidir decisivamente como los procesos biológicos, las experiencias de aprendizaje en las que se vea inmerso el individuo y el ambiente en donde se desenvuelve.

Corteza Prefrontal Dorsolateral

La corteza prefrontal dorsolateral (CPFDL) es una estructura que forma parte del lóbulo frontal, cuya extensión se encuentra entre la fisura cerebral longitudinal y la fisura lateral, por encima y por debajo de la superficie lateral del cerebro centrada en el área de Brodmann 46. Es la estructura que recibe la entrada de la corteza motora y del área de unión temporoparietal multimodal. Sus conexiones le facultan la capacidad de evaluar y regular la información que proviene del sistema sensorial somático, la cual es utilizada por la corteza motora en la producción de una respuesta. La participación de esta área también conlleva la memoria de trabajo y la previsión del futuro (Clark, Boutros & Méndez, 2012, p. 94).

Esta región resalta en los humanos, ya que, en comparación con otros primates más cercanos, es la estructura neocortical con mayor desarrollo; el área de Brodmann 10, que es la porción más anterior, presenta un desarrollo y organización funcional que se encuentran únicamente en los humanos, además de controlar la mayoría de funciones ejecutivas (Ongur, Ferry, & Price, 2003, citados por Flores & Ostrosky-Solís, 2008, p. 49). Funcionalmente esta corteza tiene dos divisiones: en porciones dorsolateral y anterior, y en regiones superior, inferior y polo frontal. La porción dorsolateral afronta los procesos de planeación, memoria de trabajo, fluidez, solución de problemas complejos, flexibilidad mental, generación de hipótesis, estrategias de trabajo, seriación y secuenciación. A su vez las porciones anteriores se encargan de procesos como la metacognición, permitiendo la integración de experiencias emocionales y cognitivas (Flores & Ostrosky-Solís, 2008, p. 50).

Esta corteza permite a los seres humanos evaluar la situación planteada, provee la racionalidad, la reflexión, el análisis, el juicio y la capacidad para discernir conductas poco adecuadas, que no son factibles en un contexto social por las normas adoptadas (Correas-Lauffer, 2018, p. 38). Por sus conexiones con el tálamo y el hipocampo las decisiones adoptadas tienen una fuerte carga emocional que ayuda en la consecución de objetivos, augurando siempre la integridad del individuo, además de tomar decisiones razonadas y juicios morales adecuados.

En esta área se encuentra la zona más racional del cerebro; que ayuda en el correcto procesamiento de información, que si no funciona adecuadamente puede llevar al individuo indirectamente a cometer conductas impulsivas sin una reflexión previa (Calcedo, 2018, p. 77).

Corteza Prefrontal Ventromedial

La corteza prefrontal ventromedial (CPFVM) esta mapeada en las áreas de Brodmann 10, 12, y 32. Se extiende hacia la parte posterior, incluye regiones del giro cingulado anterior subgenérico infralímbico y recibe todas las inervaciones sensoriales;

sus conexiones comprenden al giro cingulado anterior ventral, la ínsula, la amígdala y el núcleo accumbens. La función que cumple esta área es determinar la relevancia que tienen los estímulos actuales o posteriores, también responde activamente al experimentar empatía y cognición social. Una característica esencial de esta estructura es que al experimentar una situación se evalúa si hubo algo parecido en el pasado y se utiliza la misma estrategia, si funciona, o se adopta otra, un proceso de evocación que actúa sobre el razonamiento. Los pacientes con lesiones tienen conservadas sus capacidades intelectuales, pero presentan dificultades en la toma de decisiones sociales, personales y una disminución en la empatía (Clark, Boutros & Méndez, 2012, p. 100-101).

Esta región tiene participación directa en los procesos de inhibición, en la detección y resolución de conflictos, en la regulación y esfuerzo atencional, en la regulación de la agresión y de los estados motivacionales. La parte inferior tiene relación con el control autonómico, las reacciones motoras y cambios del estado de conducción de la piel ante estímulos de afecto; la parte superior tiene una mayor relación con los procesos cognitivos (Badgaiyan & Posner, 1997, citados por Flores, Ostrosky & Lozano, 2014, p. 4).

La CPFVM es el filtro emocional que permite actuar a los humanos ante gratificaciones diferidas y no inmediatas, ayuda a inhibir conductas que para varios individuos suponen placer, pero que podrían causar daño a otras personas, tiene una relación muy estrecha con la vida afectiva y los instintos. Esta área parece tener mayor relación con la psicopatía pues tiene impulsividad e insensibilidad afectiva (Correas-Lauffer, 2018, p. 38).

Corteza Orbitofrontal

La corteza orbitofrontal (COF) puede ser definida como la estructura del lóbulo frontal que se extiende desde el giro recto de la superficie ventral hasta la convexidad ventrolateral, en la parte lateral, y desde el limen de la ínsula posteriormente, hasta el

polo frontal, incluyendo las áreas de Brodmann 11 y 12, y la parte medial del área 47, aunque en ciertas ocasiones el área 13 suele incluirse, está en realidad forma parte de la ínsula, mostrando su estrecha conexión (Phillips *et al.*, 2003, citado por Clark, Boutros & Méndez, 2012, p. 96).

La COF se convierte en un centro de integración superior, en cuanto al procesamiento emocional, porque recibe la entrada de la corteza de asociación temporal, la amígdala y el hipotálamo; recibiendo también entradas del sistema visual, de las regiones somatosensoriales y de la corteza gustativa secundaria. Englobando todo se podría decir que la COF está relacionada con el procesamiento de emociones propias y de los demás, incluso pensarlas también genera la activación de esta área. Una diferencia muy clara entre la COF medial y lateral es su activación ante diferentes estímulos, la primera tiende a activarse ante la anticipación de una recompensa y la segunda ante la ausencia de una recompensa. Otra de las funciones de las que se encarga la COF es acorde a la adquisición de conductas apropiadas y la inhibición de comportamientos inapropiados en cuanto a la consecución de recompensas (Clark, Boutros & Méndez, 2012, p. 96).

La COF forma parte de la región arquicortical que se origina en la corteza olfatoria caudal-orbital, tiene una relación muy cercana con el sistema límbico. La función principal de esta corteza constituye el procesamiento y regulación de las emociones, así como también la regulación y control de la conducta. Su involucramiento se da en cuanto a la detección de condiciones de riesgo o de beneficio ante diversas situaciones, lo que ayuda a modificar rápidamente las acciones tomando las decisiones más adecuadas dependiendo el contexto de desenvolvimiento del individuo (Bechara, Damasio & Damasio, 2000, citados por Flores, Ostrosky & Lozano, 2014, p. 3).

Uno de los aspectos interesantes de las funciones de la COF es que su involucramiento con la toma de decisiones es aún más importante ante situaciones impredecibles, es decir, que no se sabe cuál será su desenlace, esto se da porque la

mayoría de decisiones que se toman a diario tienen una gran carga emocional (Flores, Ostrosky & Lozano, 2014, p. 3).

Redolar (2013, p. 100) menciona que: “Por sus conexiones con regiones de la corteza frontal y otras estructuras cerebrales, la corteza orbitofrontal contiene información de la planificación conductual frontal y del procesamiento sensorial del entorno, lo que le permite actuar sobre el desarrollo de determinadas conductas y respuestas fisiológicas”. Esta corteza integra conexiones de todas las vías sensoriales, viscerales y de asociación, por lo que resulta primordial ante la ejecución de diversas acciones relacionadas o no con la recompensa y que tengan algún beneficio, que implica que la información emocional también sea procesada.

Corteza Orbitofrontal y Corteza Prefrontal Ventromedial

La corteza orbitofrontal (COF) y la corteza prefrontal ventromedial (CPFVM) tienen una relación cerebral muy íntima. Son estructuras que se encuentran muy cercanas y cumplen funciones compartidas. La BANFE-2 las relaciona en su área de evaluación denominándola como orbitomedial, haciendo una conjunción entre la región orbital y frontal, considerando las conductas frontales de forma esquemática. La región orbital, al tener afectaciones, genera alteraciones en el control emocional como frustración y agresividad, además de producir fallos en el control de la conducta y en la personalidad. La región medial, al afectarse, produce diferentes alteraciones en los intereses y motivaciones, generando también alteraciones conductuales y de regulación emocional por implicar varios casos un daño en las regiones frontomediales (Flores, Ostrosky & Lozano, 2014, p. 32).

La COF tiene una función muy importante que engloba a la conducta humana, la evaluación del riesgo, la percepción del miedo, la toma de decisiones y el autocontrol, además de ser muy relevante en la conducta moral. Por hallarse situada en un lugar estratégico recibe información de la amígdala, relacionada con las emociones, y de otras áreas que procesan información localizada en el lóbulo frontal. La CPFVM

establece sus conexiones en los años concernientes a la adolescencia y la juventud, varias investigaciones han comprobado que varios niños con afectaciones en esta región presentan una conducta antisocial grave y la toma de decisiones morales se encuentra muy alterada, lo que les generaría una adultez con muchos problemas. Las características de los pacientes que presentan este tipo de condiciones son la falta de empatía, dificultad en el control de las emociones, impulsividad, conducta desinhibida, escasa planificación y aplanamiento afectivo (Calcedo, 2018, p. 67-68).

Los pacientes y controles utilizados en diversos estudios han evidenciado que a pesar de tener una capacidad intelectual que parece normal, tienen dificultades en la toma de decisiones, no tienen la capacidad de aprender de sus errores y tienden a repetir la conducta varias veces, requiriendo ante todo una recompensa inmediata. Los individuos con rasgos psicopáticos y los que presentan lesiones en estas áreas presentan un comportamiento símil. Otro aspecto muy importante a recalcar es el fallo ante los juicios morales, que no es la misma decisión la que tomarían en un caso concreto que ante un sistema de valores que dicen poseer. Estas alteraciones de la COF y la CPFVM pueden ser debidas a lesiones cerebrales como también a problemas emocionales ambientales a los que fueron expuestos en los primeros años de vida. Hay un hilo de distancia entre los individuos que presentan lesiones o daños en estas áreas y los psicópatas, que es la amígdala, pues un fallo en esta área es la que incurre en niveles muy altos de violencia y cometimiento de delitos sin remordimiento alguno. Un aspecto más de la relación de estas dos áreas es que cuando están afectadas no provee a los individuos de reconocimiento de la expresión facial del miedo ni de las entonaciones de voz, importante al evaluar a una víctima (Calcedo, 2018, p. 68-72).

Síndrome Orbitofrontal

El estudio del lóbulo frontal y su íntima relación con el comportamiento es producto de un caso fortuito, hoy se sabe, después de varios estudios, que si hay un daño frontal cambia drásticamente el comportamiento de un ser humano, la personalidad se torna en algo muy diferente. El síndrome orbitofrontal tiene a un

exponente muy famoso, cuya lesión dio inicio a las primeras investigaciones en el siglo XIX. Phineas Gage es muy conocido entre los varios casos clínicos que permitieron conocer a fondo el funcionamiento de áreas específicas del cerebro, específicamente del lóbulo frontal. En 1848, cuando le sucedió el accidente a Gage, se tenía como verdad a la frenología, que supuestamente presentaba evidencia científica del localizacionismo de las funciones cerebrales, sin embargo, con este y otros pacientes esto fue quedando en el olvido. Este caso es fortuito precisamente por la forma en que ocurrió, un empleado de ferrocarriles que contaba con 25 años sufre un accidente por la explosión y posterior incrustación de una barra de metal en su cráneo, perforándolo al paso y dejando una abertura desde atrás de su ojo izquierdo hacia la parte superior frontal derecha. Al acudir sus compañeros en su ayuda, según los relatos, Gage un poco aturdido se levantó solo y fue transportado en una carreta hacia el establecimiento del médico John Harlow para que se le presten los cuidados inmediatos y necesarios para su recuperación. Al realizarle la exploración médica se llegó a la sorprendente conclusión que las lesiones, aparentemente, no le habían causado ningún daño y todo estaba normal, el médico le recomendó reposo.

Algunos días después del accidente logró superar una grave infección bacteriana y se recuperó satisfactoriamente en cuanto a su anatomía por los cuidados que le prestaba John Harlow, perdiendo únicamente la visión del ojo izquierdo, pero todas sus facultades conservadas. Paulatinamente se fueron observando las verdaderas afectaciones, Phineas Gage cambió totalmente, paso de ser un hombre calmado, prudente, trabajador, respetuoso y amable a ser alguien totalmente opuesto, no tenía respeto por las normas sociales, no cumplía las reglas, sus gestos y palabras eran obscenos, sus amigos y familiares de a poco no lo reconocían. Su vida cayó en desgracia, fue despedido del trabajo porque ya no era apto para desempeñar sus labores, su indisciplina y carácter no era soportada en ningún lado. Algunas documentaciones también relatan que desarrollo crisis epilépticas; su vida se extinguió el 21 de mayo de 1861 a la edad de 38 años sin haber podido recuperarse nunca (Damasio, 1994, p. 18).

El caso de Phineas Gage representa ilustrativamente a un síndrome orbitofrontal en donde la conducta y las emociones se muestran desinhibidas, el control de impulsos es inexistente, su comportamiento social obvia todas las normas establecidas y se torna en actos que no son aceptados, no se respetan las prohibiciones legales. Los individuos que padecen este síndrome son percibidos como irreverentes, soeces, patanes, pelafustanes, atrevidos e incluso pueriles, pero estos mismos individuos no tienen conciencia de las acciones que realizan, no saben que las cometieron. Este síndrome derivado de lesiones orbitofrontales ha sido reportado con un alto porcentaje en delincuentes, los delitos que cometen están relacionados con una alta impulsividad y baja capacidad de planificación. El cambio de personalidad es evidente e irreversible, con consecuencias insospechadas para el que lo padece, pero sí muy presentes para aquellos que conviven con la persona (Redolar, 2013, p. 734).

Las conductas que se asocian generalmente a este síndrome son la desinhibición, impertinencia, impulsividad, irritabilidad, falta de delicadeza y una despreocupación por los acontecimientos. Eslinger y Damasio (1985, citados en Ardila & Roselli, 2007, p. 196) mencionan y focalizan el término “sociopatía adquirida” como una forma de explicar la desregulación del comportamiento, la falta de comprensión y el inexistente remordimiento por actos inapropiados.

Funciones Ejecutivas

Las funciones ejecutivas (FE) se encuentran dentro de las funciones más complejas del ser humano, son englobadas mayormente por la corteza prefrontal, en donde varios conceptos convergen y forman un grupo funcional que permite realizar diversas tareas con independencia, mayor facilidad y mejor desempeño (Goldberg, 2001, citado por Flores & Ostrosky-Solís, 2008, p. 52).

Generalmente se puede definir a las FE como un conjunto de procesos mentales que ayudan en el control y regulación de diversas habilidades y conductas de la vida diaria. Las FE permiten adaptarse a todos los cambios situacionales a medida que se

anticipan las consecuencias de las acciones y son necesarias hasta el punto que si el cerebro no tuviese en su jurisdicción a estas funciones, los seres humanos responderían de la misma manera a todos los estímulos y la conducta sería únicamente refleja, no razonada (Redolar, 2013, p. 720).

“Las funciones ejecutivas son responsables directas o indirectas de todas las funciones que realiza el lóbulo frontal, ya que supervisan y coordinan las actividades relacionadas con inteligencias, atención, memoria, lenguaje, flexibilidad mental, control motor y regulación de la conducta emocional” (Portellano, 2005, p. 102).

Uno de los primeros autores en teorizarlas fue Aleksánder Romanóvich Luria (1979, p. 87) que las describió como las reguladoras del comportamiento humano, dirigidas hacia un fin y un propósito determinado.

Las FE son agrupadas en un conjunto de capacidades que permiten el filtro de la interferencia, el control de las conductas orientadas a un objetivo, la habilidad de anticipación ante posibles consecuencias de la conducta y la flexibilidad mental; incluyendo también la moralidad, la conducta ética, el comportamiento social adecuado y la autoconciencia (Ardila & Roselli, 2007, p. 188). Todo nuestro comportamiento social y la consecución de objetivos está guiado por estas funciones.

Los seres humanos en el transcurso de la vida desarrollan capacidades mentales y cerebrales que permiten comportarse de una u otra manera en distintos momentos de la cotidianidad, reaccionar a las situaciones que requieran mayor premeditación y abstenerse ante el peligro, tomar decisiones rápidas que mantengan su integridad y seguridad. A todas estas capacidades se les llama funciones ejecutivas, que son las encargadas de controlar y regular nuestra conducta.

La jerarquía de las FE está ocupada por la metacognición, que es la encargada de controlar y regular a las demás FE, de la misma manera en que las otras funciones

controlan a otras de menor jerarquía cognitiva, a pesar de esto los estudios han demostrado que todas son necesarias e importantes para vida de los seres humanos. La metacognición tiene la capacidad de monitorear y controlar los procesos cognoscitivos y no se considera una FE como tal sino como un proceso de alto nivel (van den Heuvel, *et al.*, 2009, citado por Flores, Ostrosky & Lozano, 2014, p. 2).

Elementos de las Funciones Ejecutivas

Las FE son responsables directa o indirectamente de la mayoría de funciones que realiza el lóbulo frontal, por esta razón se le considera como el programador de funciones y controlador de la actividad psicológica, sin embargo, no son exclusivas de este lóbulo, existen regiones corticales y subcorticales que también están implicadas (Redolar, 2013, p. 720). Existen diferentes clasificaciones de acuerdo a varios autores, Flores, Ostrosky & Lozano (2014, p. 1) y Flores & Ostrosky-Solís (2008, p. 52) mencionan las más importantes, entre las que se encuentran:

- **Organización.** - Permite situar los contenidos semánticos en grupos de conocimiento para lograr un óptimo y sencillo aprendizaje de la información.
- **Control Inhibitorio.** – Regula y controla las respuestas impulsivas que se originan en otras estructuras cerebrales, es primordial en el control de la conducta y el mantenimiento de la atención.
- **Flexibilidad Mental.** – Permite explorar otras opiniones o estrategias encaminadas en el logro de un objetivo.
- **Generación de Hipótesis.** – Capacidad para generar diversas opciones hasta encontrar el procedimiento más adecuado.
- **Planeación.** – Ordena la información y ayuda en la generación de planes para lograr el objetivo en menor tiempo y esfuerzo.
- **Memoria de Trabajo.** – Mientras se procesa y utiliza la información debe ser retenida, por lo que esta función ayuda en la comprensión de la misma.

- **Metacognición.** – Es la que presenta mayor jerarquía y se definiría como la capacidad para controlar los procesos cognoscitivos, no es una función ejecutiva totalmente.
- **Conducta Social.** – Se aprenden en la infancia y determinan la manera de interactuar con el medio a medida que van creciendo.
- **Cognición Social.** – Define los procesos cognitivos en un contexto social donde se deben tomar decisiones personales.

Según Antonio Portellano (2005, p. 102) las FE incluyen aspectos muy variados que están relacionados con procesos cognitivos y emotivos, entre las que se encontrarían:

- Capacidad para seleccionar, planificar, anticipar, modular o inhibir la actividad mental
- Capacidad para la monitorización de tareas
- Selección, previsión y anticipación de objetivos
- Flexibilidad en los procesos cognitivos
- Fluidez ideatoria
- Control de la atención (modulación, inhibición, selección)
- Formulación de conceptos abstractos y pensamiento conceptual
- Memoria de trabajo
- Organización temporal de la conducta
- Habilidad para participar de manera interactiva con otras personas
- Autoconciencia personal
- Conciencia ética

Para Diego Redolar (2013, p. 720) los procesos mentales que se engloban bajo el término de funciones ejecutivas son:

- Fijar objetivos

- Planificar el curso de acciones para conseguirlos
- Mantener el plan en la memoria de trabajo a la vez que se ejecuta
- Secuenciar los pasos que se han de seguir para conseguir los planes propuestos
- Iniciar esos pasos y alternarlos
- Monitorizar el progreso tanto en cuanto al ritmo como en cuanto a la calidad
- Regular las respuestas atencionales y emocionales a los retos que puedan presentarse durante la ejecución
- Modificar el plan de manera flexible, si se requiere
- Evaluar el resultado del plan y considerarlo en situaciones futuras similares

Síndrome Disejecutivo y Disfunciones Ejecutivas

La neuropsicología es un campo científico que fluctúa entre la psicología y la neurología como una manera de dar respuesta a la conducta del ser humano basado en estructuras cerebrales, es por esta razón que Aleksánder Romanóvich Luria puso especial atención en la investigación del lóbulo frontal y sus afectaciones, estudiando muy a fondo todo lo relacionado a esta estructura y creando pruebas psicométricas que ayuden a determinar alteraciones que puedan ser rehabilitadas. De sus investigaciones se obtienen los primeros datos sobre las diversas funciones de este lóbulo y sus patologías, de esta manera sienta el precedente de investigación, basándose en autores previos, para que futuros investigadores continúen con su trabajo y lo amplíen.

Desde que se dio inicio a las investigaciones neuropsicológicas, las funciones ejecutivas llamaron la atención, y al denominar su funcionamiento inadecuado se acuñó el síndrome disejecutivo para señalar a las alteraciones cognitivo conductuales que tiene relación con la afectación de las FE. Este síndrome explica las dificultades que tienen los individuos para concentrarse en una tarea y finalizarla, para establecer conductas donde se puedan utilizar estrategias de acción, para tener una adecuada abstracción de ideas y la incapacidad de anticipar consecuencias ante diversos comportamientos, generando impulsividad y baja tolerancia a la frustración (Bausela & Santos, 2006, p. 7).

Al encontrarse la mayoría de FE en la corteza prefrontal dorsolateral (CPFDL) también es llamado síndrome dorsolateral, los déficits de las FE pueden ser provocados por una lesión en esta estructura, siendo las áreas de Brodmann 9 y 10 las de especial interés. Al haber esta afectación se produciría una alteración cognitiva generando una dificultad en mantener comportamientos apropiados en convenciones sociales; no se concluirían las actividades iniciadas; la memoria de trabajo estaría a su mínimo potencial y el manejo de la información sería inadecuado; las respuestas motoras y verbales se verían alteradas, la persona sabría que hacer pero no lo podría ejecutar; la fluidez verbal y no verbal se reduciría y no sería espontánea; el comportamiento se altera apareciendo apatía, desmotivación, distraibilidad, dificultades de atención, carentes de curiosidad e imaginación; se pierde la capacidad para crear un orden en los acontecimientos cronológicos; aparecen frecuentemente trastornos que impiden la resolución de problemas y la toma de decisiones se torna alterada, no hay una inhibición ante los riesgos (Torralva & Manes, 2001, p. 7). No solo genera marcadas dificultades en la persona que lo padece sino le cambia totalmente la vida, las actividades ya no son las mismas y su desarrollo decae hasta encasillarlo en una realidad que el paciente no entiende ni comprende.

Las etiologías son diversas, entre las que se encuentran accidentes cerebrovasculares (específicamente de la arteria cerebral media), traumatismos craneoencefálicos cerrados, ruptura de un aneurisma de la arteria comunicante anterior y un ambiente social inadecuado, los mismos que generan una conducta perseverante, a pesar de no ser viable, y una dependencia del azar ambiental, desorganizada e incoherente. Los efectos que se producen dependen de la zona que se encuentra afectada, sin embargo, generalmente el síndrome disejecutivo produce alteraciones leves de la personalidad y las emociones, pérdida de flexibilidad cognitiva, planificación e incapacidad de abstracción de ideas y una desinhibición del comportamiento (Portellano, 2005, p. 102).

Este síndrome también se puede evidenciar en varios trastornos psiquiátricos y psicológicos como la esquizofrenia, la depresión mayor, el trastorno obsesivo

compulsivo y trastorno por déficit de atención e hiperactividad, en los cuales se puede observar varios de los puntos descritos que corresponderían a una alteración de las FE (Redolar, 2013, p. 735).

PSICOPATÍA

Definición de la Psicopatía

El término psicopatía no tiene un significado concreto, las diferentes versiones han sido planteadas en el tiempo y circunstancia en que ha sido aplicado. Aunque dejó de ser considerado un trastorno de la personalidad diferente en el DSM, tiene mucha relación con este constructo psicológico, en específico con el trastorno antisocial y algunas características del trastorno narcisista de la personalidad.

Como ha sido teorizado desde la antigüedad, ha pasado por varios nombres como: manía sin delirio, locura moral, imbecilidad moral, personalidad psicopática y deficiencias morales. Desde hace dos milenios en Grecia y Roma ya se reconocía a individuos que no obraban ni tenían los mismos sentimientos de bondad que los demás. Se puede decir que el inicio de la investigación acerca de este tipo de conductas aparece a partir de todo el siglo XIX con varios autores como Pinel, Freud, Pritchard, Morel, Kraepelin y Koch, quien acuñó el término psicopatía haciendo alusión a la pérdida de las funciones morales producto de las inferioridades psicopáticas (López, 2013, p. 2).

Existen dos autores que han aportado datos relevantes sobre este tema. El primer estudio científico de este constructo surge en la década de 1940 con las aportaciones de Hervey Cleckley en su libro *The mask of sanity* o *La máscara de la cordura*, donde realiza una completa descripción de la personalidad psicopática y define todas las características que la conforman, enfatizando que los psicópatas tienen su capacidad intelectual conservada, pero una conciencia moral deficiente, esta publicación fue la base para todos los estudios posteriores y en el cual se han basado todas las investigaciones. El segundo surge en la década de 1990 con Robert Hare, que se basó en los estudios previos de Cleckley, para elaborar un instrumento psicométrico de evaluación y diagnóstico llamado “*Psychopathy Checklist*”, la primera prueba confiable sobre la psicopatía y que ha sido utilizada alrededor del mundo en población

forense y no forense (Cabello & Bruno, 2009; Torrubia & Fuentes, 2008; Pozuelo et al. 2011; Pozuelo, 2011; Hare, 1999, 2003, citados en López, 2013, p. 3).

La psicopatía se refiere a un trastorno de la personalidad que afecta a todas las áreas de la vida de una persona, cuyas manifestaciones ya se evidencian desde la infancia. Sus alteraciones se manifiestan en cuatro circunstancias básicas de la personalidad: interpersonal, afectiva, conductual y antisocial, las mismas que generan un impacto desolador en las relaciones con sus semejantes, perdiendo el respeto por las normas establecidas en la sociedad (Cleckley, 1976 & Hare, 2003, citados por León-Mayer, Folino, Neumann & Hare, 2013, p. 253).

Su definición general, utilizada en todos los contextos, menciona que la psicopatía es un trastorno de la personalidad que tiene características específicas, cuya manifestación causa disfunción en el estilo de vida de la persona y las de su entorno. La forma en la que resulta más evidente la manifestación de la psicopatía es en las relaciones interpersonales, se muestran muy ostentosos y egocentristas, aparentando una importancia por sobre la que en realidad tienen, culpan a los demás de sus fracasos, se aprovechan de las personas para obtener beneficios y recurren a la manipulación, son muy fríos en sus relaciones e impulsivos en cuanto a sus actos (Calcedo, 2018, p. 10).

Rasgos Psicopáticos

El comportamiento criminal ha asombrado por años a cientos de investigadores, filósofos, científicos, psicólogos y a la población en general. Pero no causa asombro de una manera positiva, sino negativa, en como el ser humano puede ser capaz de cometer actos tan violentos y bizarros que a más de uno haría perder la noción de la realidad.

Según Hervey Cleckley (1976, citado en Pozueco-Romero & Moreno, 2013, p. 5) a partir de la práctica clínica que tuvo en su consulta privada con varios pacientes, tanto de unidades psiquiátricas como en solitario, generó 16 criterios diagnósticos o

rasgos de la psicopatía subclínica, es decir no forense, y los clasificó de la siguiente manera:

1. Encanto superficial y notable inteligencia
2. Ausencia de alucinaciones y otros signos de pensamiento irracional
3. Ausencia de nerviosismo y/o de manifestaciones psiconeuróticas
4. Indigno de confianza
5. Falsedad o insinceridad
6. Incapacidad para experimentar remordimiento o vergüenza
7. Conducta antisocial sin aparente justificación
8. Falta de juicio y dificultades para aprender de la experiencia
9. Egocentrismo patológico e incapacidad para amar
10. Pobres reacciones afectivas
11. Pérdida específica de la intuición
12. Insensibilidad en las relaciones interpersonales ordinarias
13. Conducta exagerada y desagradable bajo el consumo de alcohol y, a veces, sin él
14. Amenazas de suicidio constantes, pero raramente consumadas
15. Vida sexual interpersonal, frívola y poco estable
16. Incapacidad para seguir cualquier plan de vida

Otro de los autores importantes es el Dr. Robert Hare (1991, 2003, citado en López, 2013, p. 6) quien generó 20 rasgos del psicópata puro, basándose en el trabajo de Cleckley y en sus mismas investigaciones, los cuales fueron determinados en su instrumento de evaluación el Psychopathy Checklist. La clasificación la realizó de la siguiente manera:

Factor 1 Interpersonal/ Afectivo	Faceta 1 Interpersonal	1. Locuacidad y encanto superficial 2. Sentido desmesurado de autovalía 4. Mentiroso patológico 5. Estafador/engañador y manipulador
		6. Ausencia de remordimiento o sentimientos de culpa

	Faceta 2 Afectiva	7. Afecto superficial y poco profundo 8. Insensibilidad afectiva y ausencia de empatía 16. Incapacidad para aceptar la responsabilidad de sus actos
Factor 2 Desviación Social	Faceta 3 Estilo Impulsivo/Irresponsable	3. Necesidad de estimulación y tendencia al aburrimiento 9. Estilo de vida parásito 13. Ausencia de metas realistas a largo plazo 14. Impulsividad 15. Irresponsabilidad
	Faceta 4 Antisocial	10. Pobre autocontrol de sus conductas 12. Problemas de conducta en la infancia 18. Delincuencia juvenil 19. Revocación de la libertad condicional 20. Versatilidad criminal
Rasgos Independientes		11. Conducta sexual promiscua 17. Frecuentes relaciones maritales de corta duración

Tabla N°1: Clasificación de los rasgos psicopáticos puros de Robert Hare
Elaborado por: Sebastián López, 2013, Revisión de la psicopatía: Pasado, presente y futuro, p. 6.
Fuente: Investigación

Estos rasgos también se pueden encontrar en los llamados psicópatas exitosos y no exitosos, entre los cuales existe una clara diferencia, ya que, el que una persona demuestre estos rasgos no significa que asesine, torture o violente a alguien. En la actualidad los estudios científicos relacionados a psicología y neuropsicología forense han tratado de determinar las características precisas de los psicópatas forenses y subclínicos, para investigar el grado en que están relacionados con el delito y su influencia en la criminalidad, buscando incongruencias y similitudes con el trastorno de la personalidad antisocial y la sociopatía, facilitando la obtención de un diagnóstico más confiable.

Trastornos de la Personalidad y Psicopatía

La personalidad está constituida por distintas características que diferencian a un ser humano de otro. Aunque son distintas sus interpretaciones, generalmente es definida como: “Modalidad total de la conducta de un individuo, que no es suma de variables particulares o rasgos, sino producto de su integración” (Merani, 1979, p. 118).

Es un conjunto formado por carácter y temperamento, desde la infancia toma un contexto acorde a la genética y el ambiente, se nutre de las experiencias que cada persona tiene a lo largo de la vida y alcanza su forma final en la primera etapa de edad adulta. Puede ser en todo su transcurso invariable, a pesar de que los seres humanos tienen distintos rasgos de personalidad, hay ocasiones en las que puede alterarse y suceden inconvenientes que modifican negativamente las actividades en el individuo.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V, 2014, p. 645) se establece a un trastorno de la personalidad como:

“Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro”.

Los trastornos de personalidad incurren en un funcionamiento inadecuado de la persona en todas las actividades que realiza, lo privan de un buen desenvolvimiento y le generan serias dificultades consigo y con sus semejantes. Para el diagnóstico se hacen necesarios los criterios que plantea, los mismos deben ser evidentes en varios contextos, permanecer en el tiempo y conducir a un malestar o deterioro significativo.

Las distintas clasificaciones han variado con los años, las investigaciones y los avances científicos puesto que, los organismos mundiales de salud mental se han

preocupado ante el diagnóstico y tratamiento de los mismos. El DSM-V (2014, p. 699-732) los clasifica en tres grupos:

- Grupo A: Trastornos de la personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico
- Grupo B: Trastornos de la personalidad antisocial, narcisista, histriónico y límite
- Grupo C: Trastornos de la personalidad evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo

Para que un individuo sea considerado psicópata debe cumplir con varios criterios diagnósticos que lo identifiquen como tal, aunque es evidente que en reclusos se pueden observar tipos de personalidad en donde encajan perfectamente varios de los criterios. Estudios realizados en población carcelaria identificaron cuatro trastornos como prevalentes, entre los cuales están: trastorno antisocial de la personalidad, trastorno narcisista de la personalidad, trastorno límite de la personalidad y trastorno paranoide de la personalidad. Todos ellos destacaban mayormente en hombres, solo el límite mostraba niveles altos en mujeres, se hacían más evidentes y peligrosos ante el consumo exagerado de alcohol y sustancias psicotrópicas (García-López, 2014, p. 648). A continuación, se describen los criterios diagnósticos de los trastornos de la personalidad asociados al cometimiento de delitos y rasgos psicopáticos en orden de incidencia:

Trastorno de la Personalidad Antisocial (DSM-V, 2014, p. 659)

Criterios diagnósticos 301.7 (F60.2)

- A. Patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás, que se produce desde antes de los 15 años de edad, y que se manifiesta por tres (o más) de los siguientes hechos:

1. Incumplimiento de las normas sociales respecto a los comportamientos legales, que se manifiesta por actuaciones repetidas que son motivo de detención.
 2. Engaño, que se manifiesta por mentiras repetidas, utilización de alias o estafa para provecho o placer personal.
 3. Impulsividad o fracaso para planear con antelación.
 4. Irritabilidad y agresividad, que se manifiesta por peleas o agresiones físicas repetidas.
 5. Desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás.
 6. Irresponsabilidad constante, que se manifiesta por la incapacidad repetida de mantener un comportamiento laboral coherente o cumplir con las obligaciones económicas.
 7. Ausencia de remordimiento, que se manifiesta con indiferencia o racionalización del hecho de haber herido, maltratado o robado a alguien.
- B. El individuo tiene como mínimo 18 años.
- C. Existen evidencias de la presencia de un trastorno de la conducta con inicio antes de los 15 años.
- D. El comportamiento antisocial no se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia o de un trastorno bipolar.

Como el nombre lo indica, la persona que lo padece se va totalmente en contra de todas las normas sociales existentes. Incurren en el desprecio, la violación e irrespeto acérrimo de los derechos de los demás, el engaño y la manipulación son sus estrategias más utilizadas debido a su encanto superficial; también suele ser denominado como psicopatía, sociopatía o trastorno disocial debido a las características delictuales y violentas que comparten, se los utiliza como sinónimos o como un mismo trastorno. La edad mínima para el diagnóstico es de 18 años y en su mayoría aquellos que lo presentan han tenido rasgos definitorios en la infancia y la adolescencia como son: enuresis, piromanía, tortura de animales, trastorno de conducta y familias disfuncionales. Estos individuos carecen totalmente de empatía, gran ventaja al

momento de causar daño a los demás para no sentir remordimiento o culpabilidad, son mentirosos patológicos y eligen el estilo de vida parasitario. Este trastorno es el que prevalece en los internos carcelarios de todo el mundo por la relación estrecha y la facilidad que promueve al momento de cometer cualquier tipo de delitos, por esta razón es importante en el estudio de la neuropsicología forense. El diagnóstico suele ser mayormente en el género masculino.

Trastorno de la Personalidad Narcisista (DSM-V, 2014, p. 669)

Criterios diagnósticos 301.81 (F60.81)

- A. Patrón dominante de grandeza (en la fantasía o en el comportamiento), necesidad de admiración y falta de empatía, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y se presenta en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:
1. Tiene sentimientos de grandeza y prepotencia (p. ej., exagera sus logros y talentos, espera ser reconocido como superior sin contar con los correspondientes éxitos).
 2. Está absorto en fantasías de éxito, poder, brillantez, belleza o amor ideal ilimitado.
 3. Cree que es "especial" y único, y que sólo pueden comprenderle o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) especiales o de alto estatus.
 4. Tiene una necesidad excesiva de admiración.
 5. Muestra un sentimiento de privilegio (es decir, expectativas no razonables de tratamiento especialmente favorable o de cumplimiento automático de sus expectativas).
 6. Explota las relaciones interpersonales (es decir, se aprovecha de los demás para sus propios fines).
 7. Carece de empatía: no está dispuesto a reconocer o a identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.
 8. Con frecuencia envidia a los demás o cree que éstos sienten envidia de él.

9. Muestra comportamientos o actitudes arrogantes, de superioridad.

Esencialmente quienes presentan este trastorno de la personalidad tienen un nivel de grandiosidad elevado, una necesidad de admiración alta y primordialmente, carecen de empatía, características que lo hacen comórbido con los trastorno antisocial, paranoide y límite de la personalidad, mismos que frecuentemente prevalecen en criminales y psicópatas. Creen que son superiores a los demás, que las actividades que realizan son incomparables y están cercanos a la perfección. Son proclives a los halagos, caen frecuentemente en la envidia creyendo merecer toda la atención y privilegios de los demás. Viven de la apariencia ya que, en realidad su autoestima es fácil de herirse, son sensibles a las críticas y al fracaso sin tolerar su propia incompetencia. Son percibidos como fríos e insensibles ante los sentimientos de los demás, su falta de empatía es evidente al preocuparse solo de sí mismo, por esta razón es fácil que estos individuos cometan delitos e incurran en la criminalidad. El diagnóstico es mayor en hombres.

Trastorno de la Personalidad Límite (DSM-V, 2014, p. 663)

Criterios diagnósticos 301.83 (F60.3)

- A. Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:
1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.
 2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
 3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
 4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios).

5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

La manera de definir a este trastorno es la inestabilidad en todas sus relaciones interpersonales, conflicto con la autoimagen y una marcada impulsividad. Las personas que lo padecen tratan de hacer esfuerzos inexorables por evitar el desamparo ya sea real o imaginario, es decir, no conciben la idea de que una relación termine porque esto afecta negativamente en todo su contexto personal. Recurren frecuentemente a las autolesiones y suicidio como una manera de reafirmar la culpa que tiene la otra persona al abandonarlos, ocasionalmente pueden desarrollar episodios psicóticos. La excesiva impulsividad, ira, agresividad y estrés que sienten al percibir la desidia podría llevarlos a cometer actos que vayan en contra de la integridad de las personas o del objeto deseado. El diagnóstico es predominante en las mujeres y es comórbido con la mayoría de trastornos de personalidad.

Trastorno de la Personalidad Paranoide (DSM-V, 2014, p. 649)

Criterios diagnósticos 301.0 (F60.0)

- A. Desconfianza y suspicacia intensa frente a los demás, de tal manera que sus motivos se interpretan como malévolos, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los siguientes hechos:

1. Sospecha, sin base suficiente, de que los demás explotan, causan daño o decepcionan al individuo.
 2. Preocupación con dudas injustificadas acerca de la lealtad o confianza de los amigos o colegas.
 3. Poca disposición a confiar en los demás debido al miedo injustificado a que la información se utilice maliciosamente en su contra.
 4. Lectura encubierta de significados denigrantes o amenazadores en comentarios o actos sin malicia.
 5. Rencor persistente (es decir, no olvida los insultos, injurias o desaires).
 6. Percepción de ataque a su carácter o reputación que no es apreciable por los demás y disposición a reaccionar rápidamente con enfado o a contraatacar.
 7. Sospecha recurrente, sin justificación, respecto a la fidelidad del cónyuge o la pareja.
- B. No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, u otro trastorno psicótico, y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica

Este trastorno se centra principalmente en la desconfianza que existe por parte de la persona hacia los demás, interpretando siempre de la peor manera las intenciones de sus semejantes; además de tener un acusado análisis de los mismos, de sus conductas e ideas. Frecuentemente mantienen problemas con las personas cercanas debido a su carácter hostil o agresivo de reacción y de la misma manera son proclives a involucrarse en problemas legales. Suele ser diagnosticado con mayor frecuencia en el género masculino.

La personalidad se constituye como la manera de ser de los humanos, la psicopatía como la forma de actuar ante el mundo. De este contexto los trastornos de la personalidad se convierten en esquemas de comportamiento y relación ecológica que se tornan muy inflexibles. Los psicópatas aparentemente son personas muy normales, razón por la cual las personas que los rodean no los ven como un peligro o alguien de

quien se deben cuidar, ya que, a pesar de todas sus cualidades negativas, su encanto superficial y manipulación los hacen parecer encantadores (Ostrosky-Solís, 2008, p. 112). Los trastornos de personalidad son muy importantes al definir a un psicópata porque los mismos causan afectaciones serias y notables en su relación con los demás, su afectividad disminuye progresivamente y la conducta se altera hasta convertirse en incierta y despiadada. No todos los psicópatas son criminales e incluso varios de ellos nunca tienen problemas legales, solamente son ciudadanos sin escrúpulos que se encargan de perjudicar a quien se les cruce en el camino.

Etiología y Neurobiología

La conducta violenta puede tener diversos orígenes, cuyas explicaciones van a estar relacionadas con múltiples factores de riesgo que tienen implicaciones en los desórdenes de la conducta, favoreciendo el apareamiento de un comportamiento criminal y delincuencia. Entre estos factores se encuentran genéticos, biológicos, ambientales y sociales.

Los factores genéticos han sido investigados, como una manera de responder si la violencia está vinculada a la herencia, dando como resultado a varios de los genes encargados del metabolismo: catecol-O-metil transferasa (COMT), monoaminas, monoaminoxidas (MAOA) y dopamina beta-hidroxilasa (DBH) (Gunter, Vaughny Philibert, 2010; Huertas, Ponce, Koenke, Poch, España-Serrano et al., 2010; Gallardo-Pujol et al. 2009, citados en López, 2013, p. 6). Se encuentran inmersos también los genes vinculados a la morfología de los receptores: receptor de dopamina D2 (DRD2), D4 (DRD4) y receptor de serotonina, 1B (5HTTLPR) y 2 (5HTR2A) (Jara & Ferrer, 2005; Garzón & Sánchez, 2007; Caspi, McClay, Moffitt, Mill, Marin et al., 2002, citados en López, 2013, p.6). La neuroquímica también parece estar relacionada con el surgimiento de un comportamiento psicopático, factores genéticos asociados son los relacionados con los neurotransmisores: serotonina del polimorfismo (5HTTLPR), que acorde a sus niveles en el cuerpo será el grado de impulsividad, y la dopamina DAT. A pesar de haber sido identificados y encontrados en diversos sujetos, las conclusiones

de los estudios no son determinantes, sin representar un dato preciso como prevalencia genética de la violencia, sin embargo, representan grandes avances en cuanto a la interacción que los genes tienen con el ambiente, para determinar un posible factor biológico ante el surgimiento de una conducta psicopática en el futuro.

Recientemente una de los procesos más utilizados en el estudio de la conducta es la neuroimagen, la misma es un conjunto de técnicas que permiten obtener una imagen del cerebro, facilitando el análisis tanto de su estructura como de su funcionamiento. En cuanto a estas técnicas se dividen en dos grandes grupos, el primero es el tipo estructural que se encarga de estudiar la morfología y sus alteraciones para identificar una enfermedad; el segundo es el tipo funcional que permite realizar observaciones al mismo tiempo que el individuo realiza alguna tarea cognitiva, que permite establecer cambios metabólicos que se producen acorde a la tarea realizada. A pesar del auge en el uso de las técnicas, aun es limitada. Hay diversas causas de trastornos de la conducta tanto en individuos sanos como enfermos, lo que significa que la neuroimagen podría ayudar a establecerlo, pero no ser concluyente al momento de su uso en la práctica clínica. Algunas de las estructuras analizadas son la amígdala, que muestra una actividad inferior en los individuos violentos; las cortezas orbitofrontal y ventromedial, que tienen una marcada relación con la desinhibición del funcionamiento ejecutivo y reactividad impulsiva; el giro angular y el cíngulo también son áreas relacionadas (Calcedo, 2018, p. 85).

Las hormonas cumplen diversas funciones en el ser humano, son segregadas por células especializadas que se encuentran en las glándulas endocrinas y también en células epiteliales e intersticiales, donde se incluyen a los neurotransmisores y a las feromonas. Las hormonas siempre han sido primordiales en la activación de funciones esenciales biológicas y sociales. Dos de ellas han sido relevantes en el estudio de la conducta violenta: el cortisol y la testosterona, debido a que los psicópatas tienen menor respuesta al estrés, tienden a ser agresivos, menor sensación de miedo y búsqueda de sensaciones peligrosas, las mismas que están relacionadas con estos individuos. La función que cumple el cortisol es movilizar los recursos de reacción ante una agresión,

esta hormona llega al cerebro y es captada por los receptores de las neuronas en la amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal, generando una respuesta. La testosterona tiene mayores niveles en hombres, que podría estar relacionado con impulsividad, nuevas sensaciones peligrosas, menor estabilidad emocional y el cometimiento de delitos violentos con mayor probabilidad; se ha evidenciado en distintos estudios que individuos con trastornos de conducta, antisocial de la personalidad y psicopatía presentan niveles elevados de esta hormona, una combinación catastrófica relaciona a bajos niveles de serotonina y altos niveles de testosterona. Otras hormonas relacionadas son la dehidroepiandrosterona y alfa-amilasa (Calcedo, 2018, p. 85).

Las diversas teorías tratan de establecer el origen de la psicopatía basándose en muchos contextos, sin embargo, tomando o no en cuenta la parte biológica y química, hay que poner énfasis en el ambiente, el mismo que juega un papel fundamental en el desarrollo de un comportamiento psicopático, es decir, de su epigenética. Existe relación entre el ambiente de crianza, el entorno de desarrollo de los individuos y su medio social; que engloba al maltrato físico, abuso sexual, abandono infantil, familias disfuncionales y padres relacionados con el crimen, esto repercute seriamente en el neurodesarrollo del individuo subactivando o disminuyendo el funcionamiento de varias áreas del lóbulo frontal, como la corteza prefrontal y orbitofrontal derecha. De todos los modelos de agresividad, la que tiene mayor relación con la psicopatía es la agresión reactiva, que se presenta de forma impulsiva (Velásquez, 2010, p. 5). No todo es biología, hay rasgos psicopáticos que son observados desde la infancia: son crueles con los animales u otros niños, no tienen respeto por las jerarquías y hacen cosas sin ningún control parental. Otros niños carecen de candor y afectividad, son dependientes emocionales de sus padres y tienen baja autoestima; esto los obliga a protegerse y generan agresividad, engaño o resentimiento hacia la fuente de aquellos estímulos, otros niños que fueron sobreprotegidos van a esperar siempre el mismo trato de todos, sin que lo consigan, lo que genera frustración e ira. El desarrollo o no de un comportamiento hostil depende de las predisposiciones biológicas, genéticas y

ambientales, siendo mayores en algunos sujetos que en otros (Ostrosky-Solís, 2008, p. 125).

La perspectiva biológica trata de generar aportaciones para determinar la etiología de diversas características relacionadas con cualquier enfermedad, trastorno o síndrome; en la psicopatía se ha aportado la hipótesis de que estos sujetos se encuentran emocionalmente subactivados, es decir, que sus niveles en las emociones como el miedo y la ansiedad son menores que en la población general. Las investigaciones han demostrado que los individuos con esta predisposición violenta tienden a una activación baja de las glándulas sudoríparas y un grado mayor de tolerancia al dolor. Por esta razón varios asesinos cometen sus crímenes a sangre fría, sin sentir remordimiento ni culpa, los estudios en neuroimagen aportaron que en algunos casos las estructuras frontales no eran las afectadas, sino que las fibras de comunicación tenían un funcionamiento ineficaz (Ostrosky-Solís, 2008, p. 118).

Neuropsicología de la Psicopatía

El cerebro es el órgano rector de todos los seres humanos, lo que denota su importancia en el estudio de todos los procesos que se realizan a diario. Los individuos violentos y psicópatas muestran varias dificultades a nivel neurocognitivo y ejecutivo, específicamente en las zonas de la corteza prefrontal como son la corteza orbitofrontal y ventromedial, algunos autores también señalan una disfunción en la amígdala. Las alteraciones neuropsicológicas más frecuentes en estos individuos son el déficit del control inhibitorio, de la toma de decisiones, las mismas que son evaluadas con la respuesta emocional que generan y el procesamiento de castigo/recompensa, de una pobre planificación y organización en cuanto a la vida social y laboral. En las evaluaciones realizadas los sujetos violentos y los que tiene mayor predisposición a serlo presentan un perfil orbito-medial bajo, con una alteración de las funciones ejecutivas, de la atención y la memoria (Barrat, *et al.*, 1997, citado en Díaz-Galván & Ostrosky, 2012).

Las alteraciones de las funciones ejecutivas en sujetos violentos, agresivos, antisociales y psicópatas es foco de atención de la neuropsicología forense, pues tienen relación directa con los actos que involucran impulsos agresivos y delictuales. Las tareas en las que muestran dificultades son las habilidades de planeación, el control inhibitorio, flexibilidad cognitiva y control atencional. La actividad neuropsicológica va acompañada de la activación fisiológica y el tipo de personalidad que presenta el individuo, son factores que tienen importante relación con el desarrollo de este tipo de comportamiento, cuyas estructuras cerebrales implicadas, según algunas teorías, sería una disfunción en la base cortical, en el septum, el sistema límbico y el hipocampo (López, 2013, p. 466).

Un aspecto a tener en cuenta es el deterioro de las relaciones sociales, que está relacionado con las disfunciones prefrontales, una desinhibición social genera apatía, embotamiento afectivo, labilidad emocional, agresividad e ira en la interacción con su entorno, además de un deterioro en las asociaciones semántico-afectivas con una menor activación al generar palabras que tengan contenido emocional y abstracto de varias regiones del sistema límbico, la amígdala y la corteza prefrontal (Bonilla & Guinea, 2006). Un hecho interesante es que a través de una resonancia magnética se encontró que pacientes psicopáticos presentaban una reducción del 11% en la sustancia gris de la corteza prefrontal, sin que sea necesaria una lesión cerebral, que podría ser congénita; algunas investigaciones han reportado que lesiones en el hipotálamo reducen significativamente el comportamiento violento, es decir, la neurociencia trata de generar respuestas para determinar diversos comportamientos a desarrollar, como una manera de ayudar a estos individuos y aportarles un desarrollo integral de convivencia (Bertone, *et al.*, 2015, p. 5).

Neuronas Espejo

La serendipia ha sido la generadora de diversos progresos científicos que han revolucionado en su tiempo. El descubrimiento de las neuronas espejo es una de ellas, estas neuronas ubicadas en la corteza premotora ventral fueron un hallazgo de gran

relevancia del equipo liderado por el Dr. Giacomo Rizzolatti. El sistema de funcionamiento fue descubierto en macacos, el cual se activa al observar un comportamiento como si se lo estuviera llevando a cabo *per se*, esto quiere decir que al visualizar la acción se evoca la misma representación mental, que el individuo conoce y comprende, porque es la misma que experimenta cuando realiza esa acción. Lo que facultó la explicación para diversos mecanismos mentales que antes no tenían respuesta, siendo uno de ellos la empatía, capacidad que permite a los seres humanos ponerse en el lugar de otros en términos sentimentales y emocionales o poder interpretar el estado de la otra persona. Este sistema de espejo engloba varios contenidos que dan ventaja, como el aprendizaje por imitación, y desventaja en ciertos aspectos, como las patologías. Cuando las neuronas espejo no tienen un adecuado reflejo causan serias complicaciones y privaciones para quienes lo padecen. Entre estos casos están los trastornos del espectro autista y la personalidad psicopática (Catuara, 2018, p. 34).

Una condición, en donde estas neuronas funcionan incorrectamente o no cumplen su función, es la psicopatía, sociopatía o trastorno antisocial de la personalidad. Los individuos que están inmersos en este grupo tienen alteraciones en la cognición social, la falta de empatía ante las emociones, sentimientos y acciones de las otras personas están inhibidas, siendo la ínsula y la corteza cingulada las áreas correspondientes con la capacidad de percibir el dolor y sufrimiento ajeno. Llama la atención que en estudios con psicópatas la empatía sensoriomotora no es la afectada, sino la empatía emocional, es decir, que ellos perciben cuando una persona es proclive a sentirse afectada aprovechando sus capacidades manipuladoras y extorsionadoras ante dichas debilidades. Otro aspecto importante es que muestran dificultad ante el procesamiento de rasgos faciales y la simulación de emociones o intenciones, las áreas donde se reducía esta activación son el área fusiforme, la amígdala, el giro prefrontal inferior y el surco temporal superior (Blair, 2005, y Dolan & Fullam, 2004, citados en Catuara, 2018, p. 113).

Las alteraciones que los sujetos violentos y psicópatas presentan en su cognición social son el pilar de su frialdad emocional. Como se ha explicado anteriormente, no toda la actividad empática de los psicópatas esta desactivada, solo la relacionada a las emociones; su encanto superficial y capacidad de manipulación son envidiables al momento de generar vínculos con otras personas. Desde la infancia se internalizan las normas y valores, que surgen de la aprobación o desaprobación de la autoridad, que inhibe o estimula una conducta, si los infantes no desarrollan esta habilidad no habrá un reforzamiento en el sistema integrado de la corteza prefrontal ventral, encargada del output motor y de la motivación. Al haber una falta de empatía se tiende a cosificar al otro, lo que produce la hostilidad y desenfado hacia el individuo. Altos niveles de estrés sufridos en la infancia, rechazo social, abandono familiar, traumas y marginalidad también modifican la manera en que se percibe el dolor, pudiendo ser un factor desencadenante de una falta de empatía (Bertone, *et al.*, 2015, p. 7).

Trastorno Antisocial de la Personalidad: Psicopatía y Sociopatía

Los tres términos son utilizados como sinónimos, sin embargo, aunque comparten muchas características en común, sus pequeñas diferencias no los hacen iguales. Tomando en cuenta el punto de vista neurocognitivo, la alteración en el trastorno antisocial de la personalidad (TAP) está vinculada con la corteza orbitofrontal posterior y no existe alteración ente el seguimiento de normas y toma de valores. A su vez la psicopatía presenta alteraciones en la misma área cerebral y en la corteza orbitaria, que está relacionada con el poco seguimiento de normas y reglas (Bertone, *et al.*, 2015, p. 8).

Una de las diferencias notables entre los tres términos implica a su conceptualización social; cuando se hace énfasis en el daño social que provoca la conducta sería adecuado denominarlo antisocial o sociopatía, mientras que la psicopatía define claramente las características psicopatológicas. Otra diferencia entre sociopatía y psicopatía son sus características conductuales, en la sociopatía la agresión es reactiva hacia una situación, en la psicopatía la agresión y la violencia no tienen

motivos aparentes y van dirigidas a la consecución de objetivos. El nombre que se le dé a un determinado trastorno depende también de los profesionales, mientras los factores sociales o experiencias infantiles están en el origen de la sociopatía, en la psicopatía hay elementos biológicos, psicológicos y genéticos. La aclaración que plantean varios autores es que todos son trastornos de la personalidad que incluyen alteraciones de la conducta. La diferencia entre TAP y la psicopatía reside en que el último es un conjunto de rasgos de personalidad y conductas socialmente desviadas, mientras que el TAP se refiere a conductas delictivas y antisociales (De Corral, 1996; Mora, 2004; & Hare, 2003, citados en López, & Núñez, 2009, p. 7).

El trastorno antisocial de la personalidad y la psicopatía son los únicos que pueden ser validados por la psicología para su estudio, la sociopatía tiene más un origen desde la sociología, que lo convierte en una patología social que genera confusión, inexactitud y prejuicios. Desde una perspectiva clínica tener uno de estos diagnósticos no lo convierte automáticamente en criminal, de hecho, muchos individuos nunca tienen problemas legales, pueden ser empresarios que explotan a sus empleados, políticos corruptos o profesionales antiéticos, pueden hacer una vida normal, tener familia y ser exitosos, es decir ser psicópatas y no parecerlo (Ostrosky-Solís, 2008, p. 114).

JUSTIFICACIÓN

La presente investigación tiene gran importancia en el área de la neuropsicología forense ecuatoriana, porque aporta con nuevos datos para el estudio y la comprensión de las disfunciones orbitofrontales y su influencia en los rasgos psicopáticos, siendo un precedente para posteriores estudios. La relevancia radica en la aportación teórica en estos aspectos poco abordados en investigaciones a nivel nacional.

Los beneficiarios son los reclusos del Centro de Rehabilitación Social de la ciudad de Guaranda, mismos que con una adecuada evaluación, abordaje y pronta detección de anomalías neuropsicológicas podrán mejorar su condición actual y durante su estancia en dichas instalaciones de manera integral.

Este estudio por las dimensiones y características que aborda es original, que busca encontrar respuestas a la problemática existente ya considerada en otros países. Además, permitirá a conocer el real estado de la población carcelaria en el Ecuador y como se está abordando desde el ámbito de la psicología y sus subdisciplinas.

Este trabajo es factible por el apoyo de las autoridades y el personal de salud mental del centro de rehabilitación social, el acceso a bibliografía relacionada al tema planteado, recursos financieros y humanos e instrumentos de evaluación de las variables que permitirán un proceso investigativo sistemático y preciso.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar la relación entre la disfunción de las áreas orbitofrontal y ventromedial con los rasgos psicopáticos en personas privadas de la libertad en el centro de rehabilitación social de la ciudad de Guaranda en el año 2019.

Objetivos Específicos

- Establecer la disfunción de las áreas orbitofrontal y ventromedial utilizando la Batería BANFE 2 en personas privadas de la libertad.
- Identificar rasgos psicopáticos en las personas privadas de libertad mediante el Self Report Psychopathy (SRP-III).
- Generar una propuesta de intervención al problema de la disfunción de las áreas orbifrontal y ventromedial en personas privadas de la libertad en el centro de rehabilitación social de la ciudad de Guaranda.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Diseño del trabajo

El presente trabajo de investigación es de tipo, descriptivo-exploratorio-correlacional, de corte transversal.

Área de estudio

Psicología Clínica y Neuropsicología Forense.

Enfoque

Cuantitativo.

Población y Muestra

La población es de 210 personas privadas de la libertad (PPL) recluidas en el Centro de Rehabilitación Social de la ciudad de Guaranda.

La muestra está conformada por 126 PPL, hombres y mujeres, en edades comprendidas entre 18 y 80 años.

La muestra fue seleccionada de manera intencional a través de criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Aceptación del consentimiento informado para participar en la investigación

- Encontrarse dentro del rango de edad (18-80 años) permitido para la evaluación
- El PPL debe ser del área de mediana o baja peligrosidad
- Tener un nivel de educación primario, secundario o superior que le permita comprender y realizar las actividades cognitivas en la evaluación
- No haber sufrido TCE
- No tener un diagnóstico de algún trastorno mental

Criterios de exclusión:

- No aceptar el consentimiento informado para participar en la investigación
- Haber sufrido TCE
- Tener diagnóstico de algún trastorno mental
- Consumo de sustancias psicotrópicas en el último año
- Presentar discapacidad física, intelectual, sensorial y psíquica
- Ser PPL con alto nivel de peligrosidad
- Poseer un nivel nulo o básico de educación

EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
19	2	1	3
21	1		1
22	3		3
23	2		2
24	1		1
25	3		3
26	6		6
27	6		6
28	4		4
29	5	1	6
30	5	1	6
31	3		3
32	4	1	5

33	2		2
34	8		8
35	7		7
36	4		4
37	1		1
38	1		1
39	2		2
40	3		3
41	2		2
42	1	1	2
43	2		2
44	2		2
45	2	2	4
46	4	1	5
47	3	1	4
48	1		1
49	4		4
50	2		2
51	2		2
52	1		1
53	1		1
54	2		2
55	1		1
56	2		2
57	1		1
59	1		1
60	1		1
61	1	1	2
62	1		1
63	1		1
65	1		1
68	1		1
69	1		1
79	1		1
PORCENTAJE	92%	8%	100%
TOTAL	116	10	126

Tabla N° 2: Descripción de la muestra del estudio

Elaborado por: Investigador

Fuente: Investigación de campo

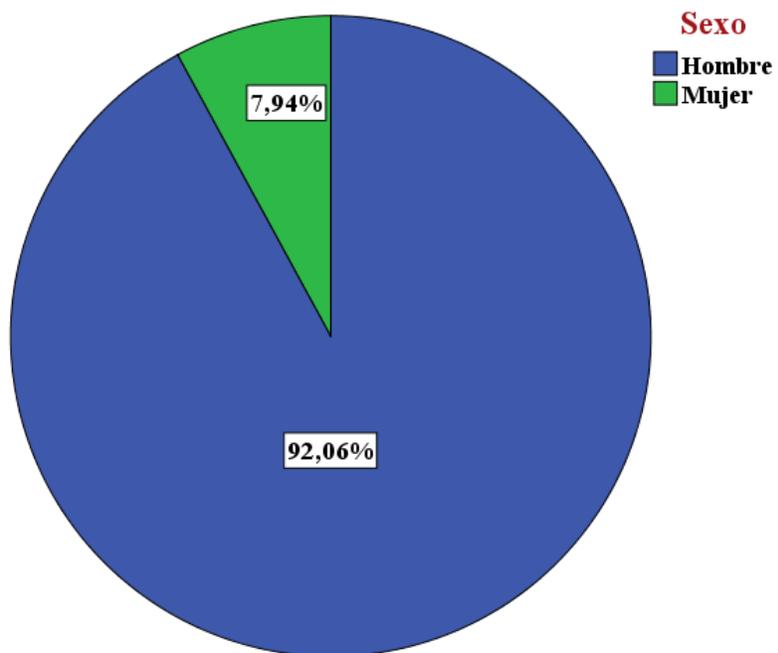


Gráfico N°1: Porcentaje total de hombres y mujeres de la muestra
Elaborado por: Investigador
Fuente: Investigación de campo

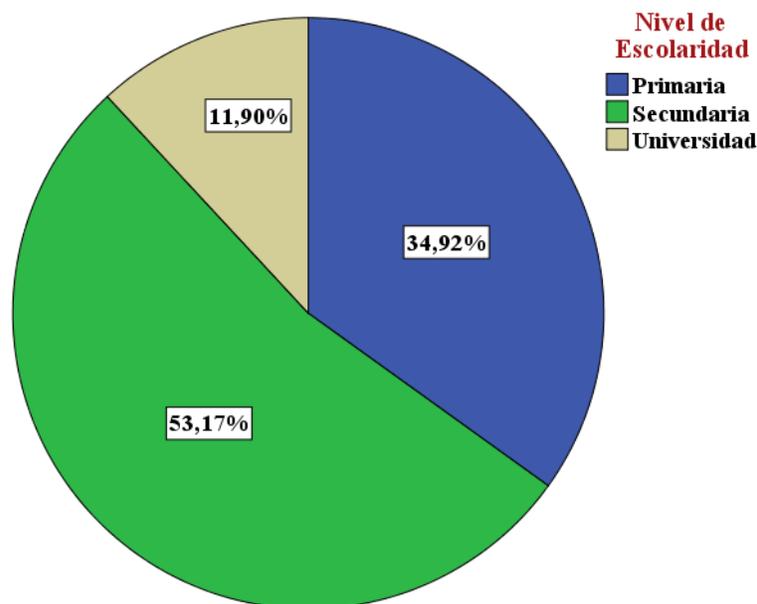


Gráfico N°2: Nivel de escolaridad
Elaborado por: Investigador
Fuente: Investigación de campo

Se muestra el nivel de escolaridad culminada y sin culminar de los participantes, donde prevalecen los estudios secundarios con un 53,17%, los estudios primarios con un 34,92% en sus distintos cursos y por último, siendo un valor bajo, los estudios correspondientes a la universidad con el 11,90%.

Instrumentos de Investigación

Batería Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales (BANFE 2) que evalúa funciones complejas dependientes de la corteza orbitofrontal (COF), corteza prefrontal medial (CPFM), corteza prefrontal dorsolateral (CPF DL) y de la corteza prefrontal anterior (CPFA), dentro de cada una hay pruebas que evalúan aspectos específicos de cada área. El análisis de aplicación de la prueba es cuantitativo y cualitativo, acorde a los aciertos y errores en su ejecución (Flores, Ostrosky & Lozano, 2014, p.15).

La confiabilidad de la batería se basa en las diferentes pruebas con validez neuropsicológica, que son utilizadas internacionalmente, ya sean agrupadas o

individuales, contando con un aval científico. Esto permite que los diferentes estudios realizados sean comparables con otros, por la semejanza de las pruebas. Entre los aplicadores se ha determinado una concordancia de 80, estos coeficientes altos de confiabilidad, obtenidos por los diferentes examinadores e investigadores, garantizan la consistencia de las pruebas. Otro aspecto que aporta una alta confiabilidad es la alta validez de constructo de los reactivos, basándose en estudios previos de neuroimagen y neuropsicología clínica, obtenido en varios estudios, con un 85% de acierto. Todas las investigaciones y evaluaciones han demostrado la relación de los reactivos planteados en la batería (Flores, Ostrosky & Lozano, 2014, p.23).

Las puntuaciones normalizadas de cada subprueba tienen una media de 10 y una desviación estándar de 3. Esta batería nos indica no solo un índice global del desempeño, sino también un índice de funcionamiento relacionado a cada una de las tres áreas prefrontales evaluadas: corteza orbitomedial, dorsolateral y prefrontal anterior. Las puntuaciones normalizadas tienen una media de 100 y una desviación estándar de 15. La interpretación de los resultados, tanto de la puntuación total como de cada prueba, permite clasificar a la persona evaluada de la siguiente manera: normal alto (116 puntos en adelante), normal (85-115 puntos), alteraciones leves a moderadas (70-84 puntos) y alteraciones severas (menos de 69 puntos). En el perfil de ejecución, de la misma manera que con la puntuación total, los parámetros de normalización permiten obtener un grado de alteración que va clasificado de la siguiente manera: 1) normal alto, 2) normal, 3) alteraciones leves a moderadas y 4) alteraciones severas. La batería consta de 15 subpruebas, algunas de ellas con tiempos determinados (Flores, Ostrosky & Lozano, 2014, p.23).

Por lo tanto, la BANFE 2 presenta una propuesta altamente confiable en la evaluación neuropsicológica, ya sea aplicada en niños o adultos.

Nombre: Batería Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales (BANFE 2)	Objetivo: Evaluar el desempeño de las funciones ejecutivas en personas de habla hispana, desde la infancia hasta la edad adulta.
Administración: Individual	Tiempo de evaluación: Tiempo aproximado de evaluación 50 minutos (el tiempo dependerá de la persona evaluada)
Autores: Julio Flores Lázaro, Feggy Ostrosky Shejet y Asucena Lozano Gutiérrez.	Procedencia: México
Ámbito de aplicación: Neuropsicología	Año de publicación: 2014 (Segunda edición)
Edades comprendidas de evaluación: Niños de 6 años hasta adultos de 80 años	Áreas de evaluación: Este instrumento busca evaluar 15 procesos relacionados a las funciones ejecutivas, agrupados en tres áreas específicas: Orbitomedial, Prefrontal Anterior y Dorsolateral (memoria de trabajo y funciones ejecutivas)

Tabla N°3: Ficha técnica del instrumento de evaluación BANFE 2

Elaborado por: Investigador

Fuente: Investigación

Self-Report Psychopathy (SRP III) que analiza las 4 subcategorías que determinan los rasgos psicopáticos en las personas. Se utiliza mayormente en el diagnóstico y la investigación. Este autoinforme tiene convergencia con el test PCL-R planteado por el Dr. Robert Hare, el mismo que fue utilizado para su modificación y validación. El cuestionario explora la imagen que el sujeto proporciona de sí mismo sin que haya un análisis clínico. Los ítems están distribuidos en cuatro factores y las

respuestas utilizan una escala tipo Likert de 5 puntos, los mismos que van desde 1 (muy en desacuerdo) hasta 5 (muy de acuerdo) (León-Mayer, Folino & Hare, 2014, p. 255).

El Cuestionario de Autoinforme de Psicopatía está conformado por 64 ítems que están indicados para evaluar las características psicopáticas de la personalidad que presentan los individuos en población forense, los mismos que se distribuyen en cuatro subescalas: 1) Manipulación interpersonal (locuacidad, encanto superficial, sentido desmesurado de autovalía, mentira patológica, manipulación); 2) Insensibilidad afectiva (ausencia de remordimiento o culpa, afecto superficial, falta de empatía); 3) Estilo de vida errático (necesidad de estimulación, impulsividad, irresponsabilidad, estilo de vida parásito, ausencia de metas realistas a largo plazo); y 4) Tendencias criminales (pobre autocontrol de la conducta, problemas de conducta tempranos, delincuencia juvenil, versatilidad criminal). Las puntuaciones de los ítems de cada subescala se suman, siendo el puntaje mínimo 16 (leve) y el máximo 80 (grave), con una media de 48 (moderado), los puntajes que están cerca de una de las dos numeraciones serán las que presenten mayor o menor prevalencia de las características psicopáticas de las cuatro subescalas. Algo que también permite determinar este autoinforme es la existencia de delincuencia juvenil o delitos cometidos pero que no han sido descubiertos (Halty & Prieto, 2011, p. 7).

Al ser el cuestionario originalmente realizado en inglés se procedió con la traducción y adaptación española a través de un proceso de expertos independientes, lo mismo se hizo en Argentina y Chile. Los datos de confiabilidad oscilan entre 0.67 y 0.91, esto ha permitido evaluaciones muy precisas y resultados confiables dentro de las investigaciones previas (León-Mayer, Folino, Neumann & Hare, 2013, p. 5).

Nombre: Self-Report Psychopathy III	Nombre en español: Cuestionario de Autoinforme de Psicopatía III
Administración: Individual y Colectiva	Tiempo de evaluación: Tiempo aproximado de evaluación 15 a 20 minutos (el tiempo dependerá de la persona evaluada)

Autores: Delroy Paulhus, James Hemphill y Robert Hare	Procedencia: Canadá
Ámbito de aplicación: Psicología forense	Año de publicación: 2009 (Tercera edición)
Edades comprendidas de evaluación: Adultos de 18 años en adelante	Áreas de evaluación: Manipulación interpersonal, Insensibilidad afectiva, Estilo de vida errático y Tendencias criminales
Adaptación española: Lucia Halty y María Prieto-Ursúa	Adaptación para América Latina: Elizabeth León-Mayer, Jorge Folino, Craig Neumann y Robert Hare

Tabla N°4: Ficha técnica del instrumento de evaluación SRP III

Elaborado por: Investigador

Fuente: Investigación

Procedimientos para Obtención y Análisis de Datos

- Selección de instrumentos de evaluación psicológicos
- Solicitud de permiso para la investigación y evaluación a PPLS del Centro de Rehabilitación de la ciudad de Guaranda
- Selección de la muestra
- Socialización del tema de investigación con el director, policías, guías penitenciarios, psicóloga y PPLS del Centro de Rehabilitación de la ciudad de Guaranda
- Aplicación de consentimiento informado e instrumentos de evaluación psicológicos
- Calificación de los instrumentos de evaluación

- Ingreso y tabulación de datos numéricos y resultados en la base de datos
- Análisis e interpretación estadística de resultados obtenidos mediante la correlación de las dos variables en el software IBM SPSS

Actividades

La planificación de las actividades fue:

- Elaboración del plan de tesis, actividad que fue realizada en el mes de junio del 2019, la misma que tenía como objetivo analizar si el tema de investigación es viable y factible.
- Aceptación del tema de investigación por la comisión académica de la Universidad Tecnológica Indoamérica.
- Búsqueda bibliográfica que apoye el tema de investigación y los instrumentos de evaluación neuropsicológica y forense que se van a utilizar.
- Redacción del primer capítulo del proyecto de investigación.
- Aplicación de los instrumentos Batería Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales (BANFE 2) y Self-Report Psychopathy (SRP III) a las personas privadas de libertad del Centro de Rehabilitación Social de Guaranda, el mismo que tuvo la duración desde el mes de agosto a septiembre de 2019, utilizando tiempo en la mañana y en la tarde, respetando los horarios de descanso y alimentación. La duración de la evaluación fue de 60 a 70 minutos en los dos instrumentos.
- Calificación de los instrumentos de evaluación aplicados.
- Tabulación de resultados e ingreso a la base de datos en Microsoft Excel, posteriormente los mismos fueron analizados con el software IBM SPSS para determinar la correlación de las variables.

- Redacción del marco teórico de cada variable y de la metodología de investigación.
- Análisis de resultados obtenidos en el software IBM SPSS, utilizando medidas de tendencia central y coeficiente correlacional de Pearson.
- Elaboración de la discusión, conclusiones y recomendaciones.
- Elaboración de una propuesta teórica que pueda ser utilizada y que refleje el aporte social de la investigación.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

La aplicación de la Batería Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales (BANFE 2) y del Self-Report Psychopathy (SRP III), permitieron obtener datos importantes de 126 personas privadas de libertad, los mismos que fueron codificados, tabulados y analizados a través del programa estadístico IBM SPSS, cuyos puntajes expusieron la correlación y comprobación de la hipótesis planteada.

Medidas de Tendencia Central

Estadísticos descriptivos

	Media	Desviación estándar	N
Sexo	,08	,271	126
Edad	21,25	12,215	126
Disfunción Orbitomedial	21,38	14,210	126
Manipulación Interpersonal	23,84	10,129	126
Insensibilidad Afectiva	23,84	10,129	126
Estilo de Vida Errático	23,69	10,463	126
Tendencias Criminales	22,97	9,522	126

Tabla N°5: Medidas de tendencia central

Elaborado por: Investigador

Fuente: Investigación de campo e IBM SPSS

Interpretación: La tabla N°5 muestra que la variable sexo tiene una media de ,08 y una desviación estándar de 0,271. La variable edad tiene una media de 21,25 y una desviación estándar de 12,215. La variable disfunción orbitomedial tiene una media de 21,38 y una desviación estándar de 14,210. Las variables manipulación interpersonal e insensibilidad afectiva tienen una media de 23,84 y una desviación estándar de 10,129.

La variable estilo de vida errático tiene una media de 23,69 y una desviación estándar de 10,463. La variable tendencias criminales tiene una media de 22,97 y una desviación estándar de 9,522.

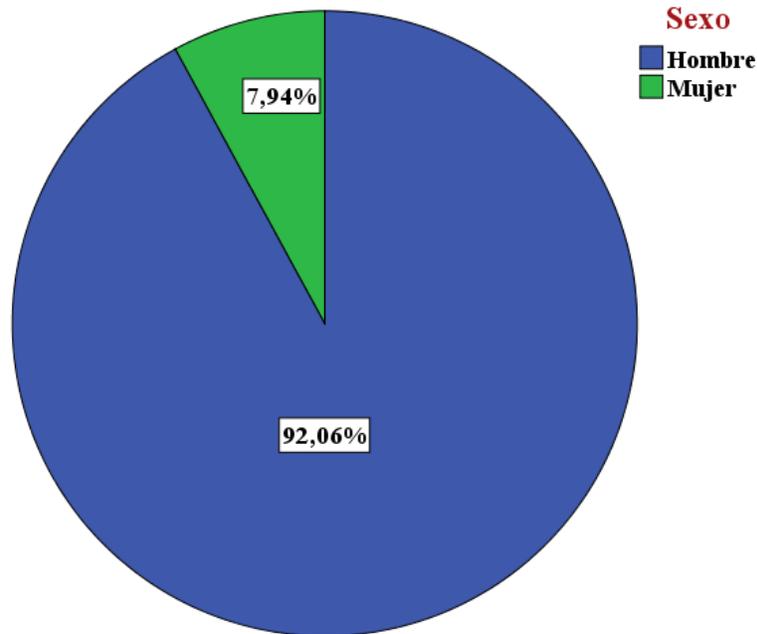


Gráfico N°3: Sexo
Elaborado por: Investigador
Fuente: Investigación de campo

Interpretación: En el gráfico N°3 se observa que el 92,06% de los participantes en la investigación son hombres y el 7,94% son mujeres.

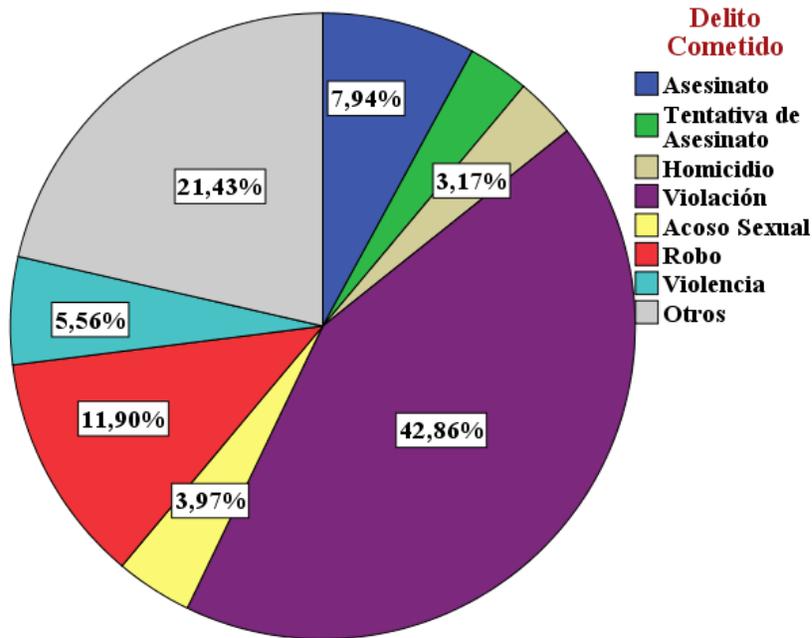


Gráfico N°4: Delitos cometidos por los PPL
Elaborado por: Erick Espinoza Martínez
Fuente: Investigación de campo

Interpretación: En el gráfico N°4 se observa que el 42,86% corresponde al delito de violación, el 21,43% a otros delitos (abuso de confianza, accidentes de tránsito, alimentos, asalto, asociación ilícita, calumnia, estafa, femicidio, invasión de tierra, lesión simple y grave, abigeato, tenencia ilegal de armas, tráfico ilícito de estupefacientes, receptación, ataque y resistencia, falsificación de documentos), el 11,90% al delito de robo, el 7,94% al delito de asesinato, el 5,56% al delito de violencia en sus múltiples variantes (física, sexual, psicológica), el 3,97% al delito de acoso sexual y el 3,17% corresponde tanto al delito de homicidio como al de tentativa de asesinato.

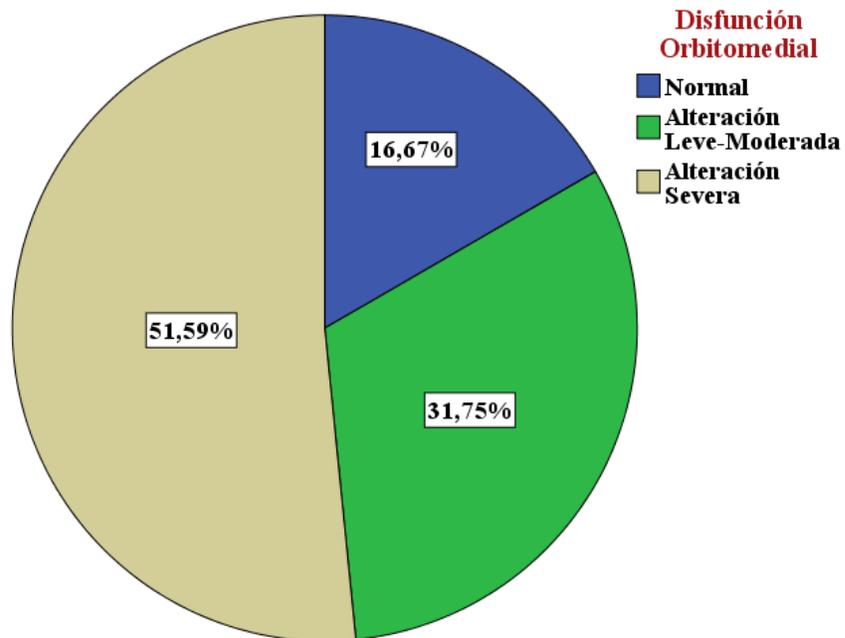


Gráfico N°5: Disfunción orbitomedial

Elaborado por: Investigador

Fuente: Investigación de campo

Interpretación: En el gráfico N°5 se observa que el 51,59% corresponde a una alteración severa, el 31,75% a una alteración moderada y el 16,67% está dentro de los parámetros de funcionamiento normal.

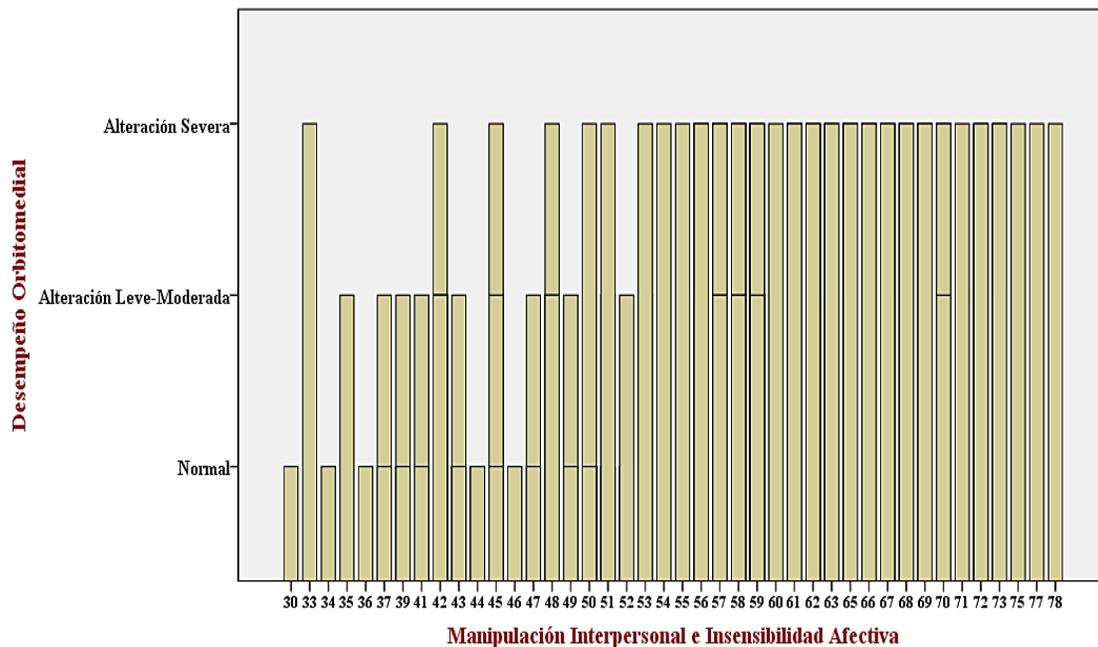


Gráfico N°6: Correlación entre disfunción orbitomedial y manipulación interpersonal e insensibilidad afectiva
Elaborado por: Investigador
Fuente: Investigación de campo

Interpretación: En el gráfico N°6 las dos áreas de evaluación del Self-Report Psychopathy (SRP III) que corresponden a la manipulación interpersonal y la insensibilidad afectiva comparten la misma puntuación. Las barras indican que a medida que aumenta la puntuación en las dos áreas la disfunción orbitomedial se hace más evidente, apareciendo valores posteriores a 48 que es la media de evaluación.

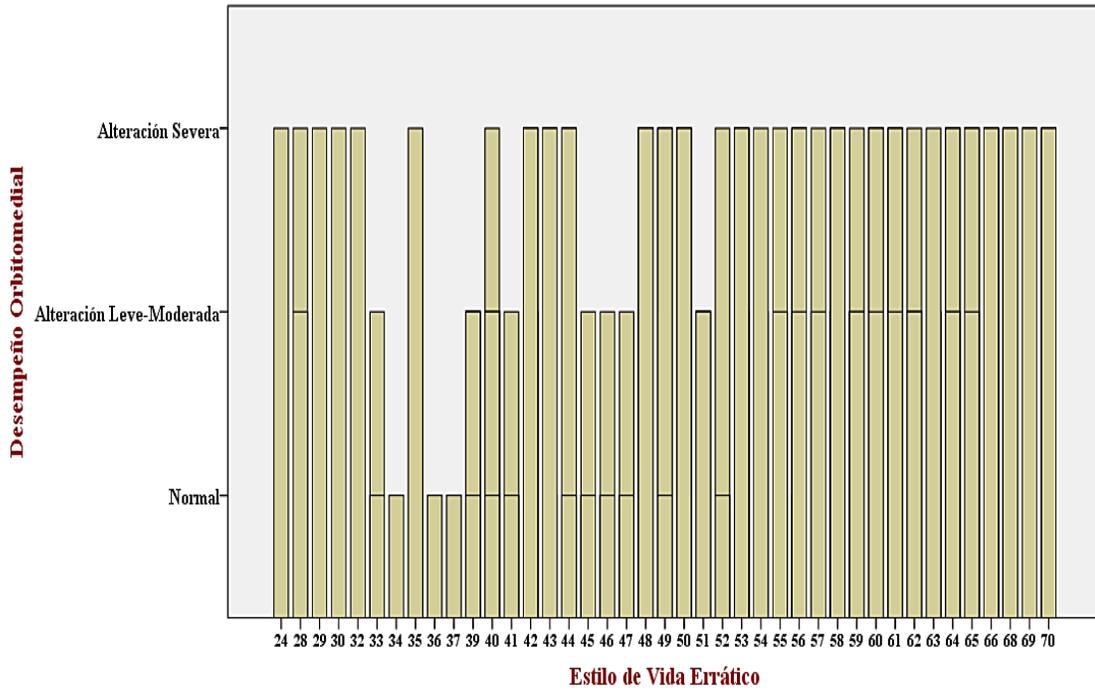


Gráfico N°7: Correlación entre disfunción orbitomedial y estilo de vida errático

Elaborado por: Investigador

Fuente: Investigación de campo

Interpretación: En el gráfico N°7 las barras indican niveles de disfunción orbitomedial con valores altos y bajos, sin embargo, a medida que aumentan se hace más evidente una alteración, apareciendo valores posteriores a 48 que es la media de evaluación.

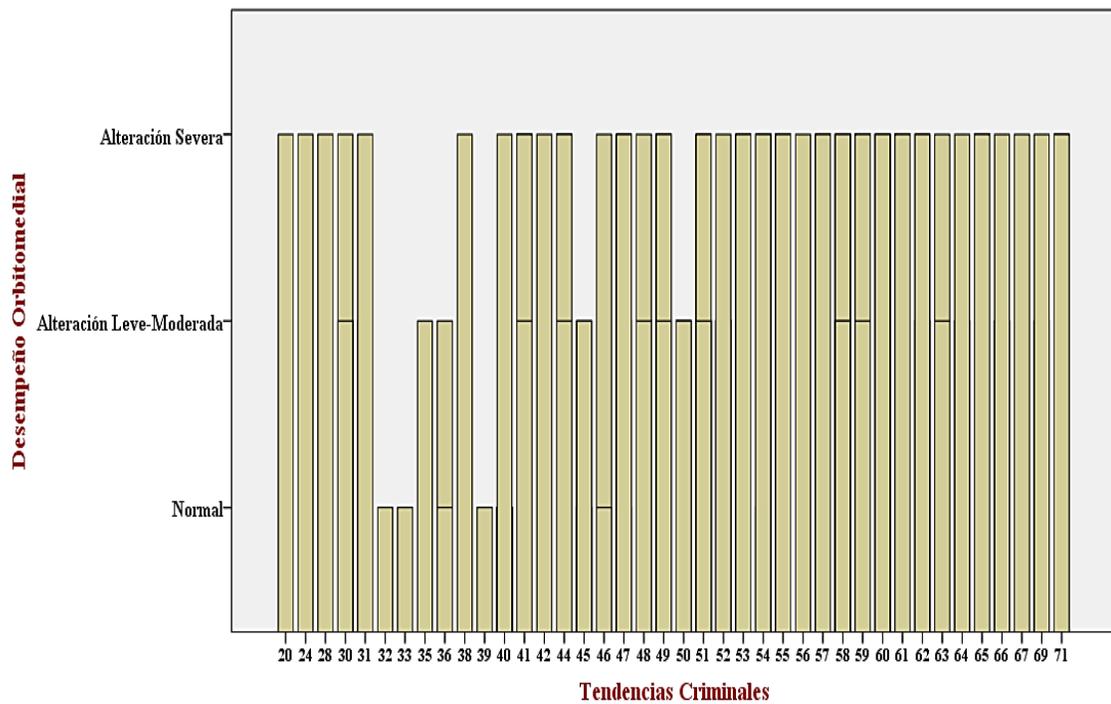


Gráfico N°8: Correlación entre disfunción orbitomedial y tendencias criminales

Elaborado por: Investigador

Fuente: Investigación de campo

Interpretación: En el gráfico N°8 las barras indican niveles de disfunción orbitomedial con valores altos y bajos, sin embargo, a medida que aumentan se hace más evidente una alteración, apareciendo valores posteriores a 48 que es la media de evaluación.

Correlaciones Estadísticas de las Variables

		Correlaciones						
		Sexo	Edad	Disfunción Orbitomedial	Manipulación Interpersonal	Insensibilidad Afectiva	Estilo de Vida Errático	Tendencias Criminales
Sexo	Correlación de Pearson	1	,032	,088	,066	,066	,141	,032
	Sig. (bilateral)		,718	,330	,465	,465	,115	,723
	N	126	126	126	126	126	126	126
Edad	Correlación de Pearson	,032	1	,052	,037	,037	,104	,042
	Sig. (bilateral)	,718		,559	,679	,679	,246	,641
	N	126	126	126	126	126	126	126
Disfunción Orbitomedial	Correlación de Pearson	,088	,052	1	-,514**	-,514**	-,325**	-,285**
	Sig. (bilateral)	,330	,559		,000	,000	,000	,001
	N	126	126	126	126	126	126	126
Manipulación Interpersonal	Correlación de Pearson	,066	,037	-,514**	1	1,000**	,781**	,674**
	Sig. (bilateral)	,465	,679	,000		,000	,000	,000
	N	126	126	126	126	126	126	126
Insensibilidad Afectiva	Correlación de Pearson	,066	,037	-,514**	1,000**	1	,781**	,674**
	Sig. (bilateral)	,465	,679	,000	,000		,000	,000
	N	126	126	126	126	126	126	126
Estilo de Vida Errático	Correlación de Pearson	,141	,104	-,325**	,781**	,781**	1	,736**
	Sig. (bilateral)	,115	,246	,000	,000	,000		,000
	N	126	126	126	126	126	126	126
Tendencias Criminales	Correlación de Pearson	,032	,042	-,285**	,674**	,674**	,736**	1
	Sig. (bilateral)	,723	,641	,001	,000	,000	,000	
	N	126	126	126	126	126	126	126

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Tabla N°6: Correlación de las variables

Elaborado por: Investigador

Fuente: Investigación de campo e IBM SPSS

Interpretación: La tabla N°6 muestra la correlación de Pearson entre las variables evaluadas y analizadas, el resultado entre disfunción orbitomedial y manipulación interpersonal e insensibilidad afectiva es de 0,514**, entre disfunción orbitomedial y estilo de vida errático es de 0,325** y entre disfunción orbitomedial y tendencias criminales es de 0,285**, lo que indica un alto nivel de correlación, con un nivel de

significancia bilateral inferior a 0,01, implicando un resultado estadísticamente muy significativo.

Comprobación de las Hipótesis

H0 = Existe relación entre el Síndrome Orbitofrontal y Rasgos Psicopáticos en personas privadas de la libertad en el centro de rehabilitación social de la ciudad de Guaranda, en el año 2019.

H1 = El Síndrome Orbitofrontal no tiene relación directa con los Rasgos Psicopáticos en personas privadas de la libertad en el centro de rehabilitación social de la ciudad de Guaranda, en el año 2019.

Los resultados permitieron determinar que se cumple H0 y se rechaza H1, fundamentados por el análisis de la correlación de Pearson entre las variables Síndrome Orbitofrontal y Rasgos Psicopáticos (manipulación interpersonal, insensibilidad afectiva, estilo de vida errático y tendencias criminales) que indican un nivel de correlación bilateral inferior a 0,01, implicando un resultado estadísticamente muy significativo.

De esta manera se determina que a mayores niveles de disfunción de la corteza orbital y medial se genera un apareamiento de rasgos psicopáticos, favoreciendo el cometimiento de delitos.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- Existe relación directa entre la disfunción de la corteza orbitofrontal y ventromedial y los rasgos psicopáticos (manipulación interpersonal, insensibilidad afectiva, estilo de vida errático y tendencias criminales) que indican un nivel de correlación bilateral inferior a 0,01, implicando un resultado estadísticamente muy significativo. Estos rasgos forman parte de un síndrome orbitofrontal, cuyas manifestaciones más evidentes son: Irreverencia, desinhibición, impertinencia, impulsividad, irritabilidad, falta de delicadeza, despreocupación por los acontecimientos y cambio de personalidad. Este síndrome ha sido reportado en un elevado porcentaje en delincuentes, con alta impulsividad y baja capacidad de planificación.
- En la evaluación de la disfunción orbitomedial se determina que el 51,59% corresponde a una alteración severa, el 31,75% a una alteración moderada y el 16,67% está dentro de los parámetros de funcionamiento normal, lo que refleja que el 83% de PPL participantes en la investigación cometen actos delictivos teniendo una influencia neurobiológica y psicosocial, en su mayoría relacionados al delito de violación, robo y asesinato.
- De las cuatro áreas: manipulación interpersonal, insensibilidad afectiva, estilo de vida errático y tendencias criminales, mismas que conforman los rasgos psicopáticos; las que mostraron niveles más altos y evidentes son la manipulación interpersonal y la insensibilidad afectiva con un 85%,

características de personas que presentan un trastorno antisocial de la personalidad o psicopatía. El estilo de vida errático se manifiesta en un 50% y las tendencias criminales en 70%.

- En el centro de rehabilitación social no existen planes y programas que permitan un adecuado proceso de rehabilitación y reinserción social, la atención psicológica o neuropsicológica es insuficiente, sin que la demanda existente sea abastecida.

Recomendaciones

- El Centro de Rehabilitación Social de la ciudad de Guaranda debe implementar espacios idóneos para la adecuada atención en salud mental de los PPL, que ofrezca servicios de: evaluación, diagnóstico e intervención periódica, además de brindar orientación y psicoeducación en general.
- Generar redes de apoyo con el Ministerio de Salud y del Interior para el proceso de reinserción social y de ser necesario una derivación a unidades de atención específica para cada caso.
- Capacitación y psicoeducación en salud mental al personal que labora en el centro de rehabilitación social, para un buen manejo de los PPL y de esta manera ayuden a identificar y controlar los factores desencadenantes de las conductas agresivas.
- Implementar sesiones terapéuticas para modificar conductas desadaptativas dirigidas a PPL del Centro de Rehabilitación Social de la ciudad de Guaranda.

Discusión

Las evaluaciones psicológicas y neuropsicológicas en individuos que cometen delitos de toda índole, que se encuentran en el ámbito penitenciario, son necesarias para reunir datos y cotejar información relevante que permita su reinserción social. Uno de los graves problemas evidenciados a lo largo de la investigación es la deficiente

evaluación previa al inicio del tiempo de reclusión que presentan los PPL, cuya reincidencia en la ejecución de actos delictivos es casi segura, no hay una rehabilitación social eficaz ni un sistema carcelario adecuado. Estos indicadores son alarmantes en un país donde a diario se cometen delitos graves (homicidio, asesinato, femicidio, violación, secuestro, asalto, robo, etc.).

En países de Latinoamérica, donde la tasa de delincuencia es una de las más altas del mundo, la agresividad e indiferencia con la que son cometidos los delitos han sido tratados por ramas como la sociología, la jurisprudencia y la psicología, más los estudios desde la neuropsicología son nuevos y tratan de determinar la etiología de la violencia y agresividad a través de la neurobiología y su evaluación.

Lo que se buscó determinar en esta investigación es la relación entre el síndrome orbitofrontal y los rasgos psicopáticos en personas privadas de la libertad, evaluando la disfunción orbitomedial relacionada a la corteza orbitofrontal y ventromedial y como su alteración puede inhibir un desempeño adecuado. El resultado arrojado por la BANFE 2 luego de la evaluación del área orbitomedial es: alteración severa con un valor de 51,59%, alteración leve o moderada con un valor de 31,75% y normal con un valor de 16,67%; valores que están relacionados con los obtenidos por Carballo y Guamán (2019, p. 31) con un 74,07% de alteración en el área orbitomedial, 68,52% de alteración en el área dorsolateral y 46,29% de alteración en el área prefrontal, de los cuales el 51,85% mostro alteraciones severas, el 25,93% alteraciones leves o moderadas y el 22,22% un desempeño normal, cabe recalcar que este estudio se realizó en la misma población y en el mismo centro, lo que permite corroborar los datos.

En la investigación realizada por Maya (2015, p. 65-80) en adolescentes con comportamiento disocial se determina que el 64,86% presenta una alteración severa, el 27,03% presenta alteración leve o moderada y el 8,11% presenta un desempeño normal de las funciones ejecutivas, la categoría grave está relacionada con un 75,68% y la categoría moderado está relacionado con 10,81% ambos valores de comportamiento

disocial que se manifiestan en la persistencia y repetición al causar daño a otras personas incurriendo en el cometimiento de delitos con agresividad y daño a la propiedad de otros, es decir, características antisociales que apoyan y refuerzan dichas conductas. De la misma manera Moreno (2014, p. 51) determina que las personas que poseen rasgos y conductas psicopáticas poseen un perfil neuropsicológico de desempeño prefrontal inferior a personas que no los poseen, lo que resulta en la incapacidad de estos individuos para monitorear y controlar la conducta adecuadamente. Los déficits en el perfil orbitomedial, anterior y de la memoria de trabajo son los más bajos en cuanto a la falta de inhibición, previsión de consecuencias ante la toma de decisiones riesgosas, dificultad para percibir sus emociones y las de los demás, desobediencia de las normas éticas y la redundancia en los errores que cometen. Se utilizó el test de psicopatía diseñado por Robert Hare, el cual tuvo una correlación significativa en sus resultados al igual que en la presente investigación.

En la investigación realizada por Diaz y Ostrosky (2012, p. 563) se obtuvieron resultados que señalaron diferencias menores y significativas en el desempeño orbitomedial en sujetos con tendencia a las conductas violentas y agresivas en la población general. El desempeño neuropsicológico orbitomedial en psicópatas es el estudio realizado por Díaz, Ostrosky, Romero y Pérez (2013, p. 52) en México, cuyos resultados mostraron un desempeño orbitomedial menor al grupo de control, siendo los puntajes bajos en tareas de inhibición y de toma de decisiones. Se evidencia también que estos valores están estrechamente correlacionados con el factor 1 y 2 del test de rasgos psicopáticos diseñado por Robert Hare, cuyos resultados reflejan insensibilidad, incapacidad de establecer vínculos emocionales, delirios de grandeza, arrogancia, falta de empatía, ausencia de remordimientos, dificultad en la evaluación de riesgo-beneficio, impulsividad, irresponsabilidad y nulos objetivos o metas, ligados al funcionamiento de la corteza orbitofrontal y ventromedial. En esta investigación se obtuvo que a mayor alteración mayor presencia de rasgos psicopáticos, siendo los más altos los correspondientes a la manipulación interpersonal y la insensibilidad afectiva, en menor medida, pero no ausentes el estilo de vida errático y tendencias criminales.

Las investigaciones anteriormente citadas fueron realizadas en población forense, lo interesante es que los puntajes, las categorías y los resultados obtenidos no varían, permitiendo apoyar los postulados teóricos sobre la relación entre la disfunción orbitomedial y la psicopatía.

CAPÍTULO VI

LA PROPUESTA

Tema:

Sesiones Psicoterapéuticas para Modificar Conductas Desadaptativas dirigidas a las Personas Privadas de la Libertad del Centro de Rehabilitación Social de la ciudad de Guaranda en el año 2020.

Justificación

Los PPL son considerados como seres sin alma ni corazón, que se aprovechan de los demás para obtener su beneficio, incumplen reglas y tienen una vida parasitaria. Aunque teóricamente cumplen con las características del trastorno antisocial de la personalidad, que los encaja en una psicopatía, en la realidad su situación es muy distinta. Hay varios factores que confluyen y aportan a dichos conflictos personales, induciéndolos a ejercer maldad en todas sus acciones, ya sean imputables o inimputables.

En estos individuos se encuentran alteraciones tanto en el funcionamiento psicológico como neuropsicológico, un compendio muy peligroso al estar expuestos a un ambiente social inestable. Las alteraciones neuropsicológicas tienen diversos niveles, ya sean leves o graves, que influyen en el comportamiento de los seres humanos; las mismas que al estar relacionadas con el lóbulo frontal y las variables psicológicas, como la personalidad, generan consecuencias graves en el desarrollo normal de la sociedad y sus componentes.

La etiopatogenia ha aportado diversas teorías con diferentes causas a una psicopatología, sin embargo, su desconocimiento ha fomentado el encasillarlos en la

etiqueta social. La presente investigación permitió evidenciar las afectaciones neuropsicológicas que presentan los PPL, mismas por las que están cumpliendo una condena en un sistema penitenciario que no les ofrece garantías, derechos ni posibilidades de rehabilitación y reinserción social. Siendo una situación prioritaria en la actualidad ante los altos niveles de violencia y delincuencia en el país, mayormente en la región litoral.

Para atender a esta problemática, se generan propuestas desde la academia, que permitan aportar, a través de la psicoterapia, un desarrollo adecuado de los individuos con conductas desadaptativas y que puedan tener estilo de vida integral, siendo proactivos para la sociedad. La ejecución de esta propuesta va encaminada a disminuir los niveles de ansiedad y agresividad, promoviendo el control de impulsos y la toma de decisiones adecuadas que vayan en beneficio de ellos y sus familias, precautelando la salud física y mental.

Al ser una población y un ambiente difícil de tratar se focalizará directamente en ellos, buscando el éxito en todas las actividades trabajando en conjunto con el personal que labora en el centro penitenciario. El impacto debe ser a largo plazo en todos los PPL, generando un cambio positivo.

Por lo tanto, a continuación, se presenta de manera detallada la propuesta para los PPL. La misma está planteada para modificar las conductas desadaptativas, tratando de contar con la predisposición y voluntad de todos al ser aplicado en los diferentes espacios del centro.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Implementar un programa de sesiones psicoterapéuticas para modificar conductas desadaptativas dirigido a las personas privadas de la libertad del Centro de Rehabilitación Social de la ciudad de Guaranda en el año 2020.

Objetivos Específicos

- Reducir los niveles de impulsividad y agresividad de los PPL.
- Identificar signos y síntomas de la conducta desadaptativa para manejarlos adecuadamente por el personal médico y de salud mental.
- Enseñar técnicas de relajación y autocontrol para manejar los síntomas de la conducta desadaptativa.
- Brindar herramientas psicológicas para el bienestar, la adecuada interacción y calidad de vida de los PPL dentro y fuera del centro.
- Proveer habilidades de afrontamiento ante las características propias de la conducta desadaptativa.
- Crear un ambiente de confianza de los PPL con el personal médico y de salud mental que les permita manejar adecuadamente sus emociones y su comportamiento.

Estructura Técnica de la Propuesta

La propuesta planteada está estimada en un tiempo de 2 meses, misma que se llevará a cabo en las instalaciones de la biblioteca, del consultorio médico y psicológico del CRS con el apoyo del personal de salud mental del mismo, lo que permitirá conformar un grupo de profesionales que aporten sus conocimientos en el desarrollo de las sesiones psicoterapéuticas con los internos. El enfoque de base para su estructura es el cognitivo-conductual y la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) de Albert Ellis encaminada a utilizar técnicas de intervención para modificar la conducta de los PPL, que en este caso se aplicara de forma grupal, de entre 8 y 10 internos con características comunes, para abarcar a toda la población.

Es factible la realización de la propuesta gracias a la colaboración de todo el personal del CRS con una total predisposición. Con estos lineamientos se pondrán en

práctica los conocimientos adecuados a la modificación del comportamiento y su desempeño social favorable.

Argumentación Teórica

La modificación de la conducta es un factor claramente visible y recomendable para la reinserción y rehabilitación adecuada de los PPL. En este sentido, el enfoque cognitivo-conductual es el más recomendado por la relación directa de los pensamientos en el comportamiento de las personas, esto no solo va en beneficio de los internos, sino de su familia y de la sociedad al tener a individuos que aporten para el desarrollo de todos. En la consecución de este objetivo se procede a la aplicación de métodos con evidencia científica manejados a corto y largo plazo, los cuales son muy eficaces.

Tras varias investigaciones se ha demostrado que la posibilidad de reincidencia es baja luego de someterse a un tratamiento efectivo, se reduce entre un 12% a un 21% como respuesta positiva ante los tratamientos conductistas aplicados. La TREC se creó como una terapia individual, sin embargo, en 1959 el Dr. Ellis comprobó que luego de varias sesiones grupales semanales con clientes delincuentes se daba la misma mejoría que al hacerlas individualmente y con resultados en corto plazo. Las razones por las que muestra efectividad son las siguientes (Albert Ellis, 1949, citado en Yankura & Dryden, 1999, p. 278):

- En la terapia grupal el terapeuta y los demás miembros son quienes confrontan activamente al cliente, consecuencia que produce un efecto mejor.
- Los demás miembros perciben las creencias irracionales del cliente, lo que permite confrontarles activamente con irracionalidades similares y crear introspección en los miembros.
- Todos los miembros pueden sugerir tareas mayores y mejores.

- El envío de tareas las realiza adecuadamente porque deben exponerlas ante todo el grupo.
- Al estar un individuo preocupado se dirigen los esfuerzos del grupo para tratar de ayudarlo, buscando aliviarlo y encontrar la solución más factible, lo que crea repercusión en todos los miembros.
- Se desarrollan ejercicios que promueven la disminución de la vergüenza, de secretismo, de ira, de impulsividad, de agresividad, etc. Al terminarlos todos expresan sus sentimientos y se realiza la retroalimentación por parte del terapeuta y de los miembros que fortalecen los resultados.
- Los métodos cognitivos, emotivos y conductuales individuales son igual de aplicables a un grupo, que resultan en la efectividad en todos.
- La mayoría de problemas de los miembros al ser sociales pueden ser fácilmente evaluados y trabajados en el grupo, sin que se juzguen ni se intervengan negativamente.

La selección de participantes se hace luego de que hayan asistido a sesiones psicoterapéuticas individuales o a una entrevista previa donde se les explica la consistencia del grupo. También quedan excluidos o se expulsa a los miembros que no siguen las normas o que irrespetan a los demás. La frecuencia y el tiempo de las sesiones se estiman de acuerdo a las características del grupo.

Lo que se busca con esta propuesta es la consecución de que todos los PPL del CRS disminuyan su conducta desadaptativa, la actividad criminal, la abstinencia en el consumo de drogas legales e ilegales, el desarrollo del autocontrol, la prevención de una recaída y la elaboración de planes a realizar en la comunidad; aunque es una población difícil y en parte no busca un tratamiento psicológico, se lo pueda abordar de la mejor manera en la búsqueda de un mejor estilo de vida con capacidades de afrontamiento.

Diseño Técnico de la Propuesta

Primera fase

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	MATERIALES Y RECURSOS
Logística	Identificar el espacio físico adecuado donde se llevarán a cabo las sesiones de psicoterapia	* Preparación del material teórico-práctico * Adecuación de sillas y otros implementos a utilizar	Investigador	* Espacio físico * Mobiliario * Material bibliográfico
Encuadre	Establecimiento de reglas y normas a seguir dentro del grupo	* Recolección de información necesaria * Revisión de anamnesis	Investigador	* Historias clínicas * Material bibliográfico
Empatía	Consolidación de la relación terapéutica entre el psicólogo y los PPL	* Reunión con el equipo de trabajo y los PPL de cada grupo	Investigador	* Recursos humanos
Preparación	Socialización y explicación de la técnica a seguir	* Exposición clara de cómo se llevará a cabo la terapia y cuáles son los objetivos a seguir	Investigador	* Recursos humanos * Espacio físico * Material ofimático

Tabla N°7: Primera fase de la propuesta

Elaborado por: Investigador

Fuente: Investigación de campo

Segunda fase

ETAPA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	MATERIALES Y RECURSOS
Confrontación activa	Localizar sus creencias irracionales contraproducentes y confrontarlas	* Confrontar los debes y los deberías	Investigador	* Recursos humanos * Espacio físico
Autoafirmaciones racionales	Sustituir las creencias racionales sobre las irracionales para creer y actuar sobre ellas	* Psicodrama * Plantear creencias racionales y ejercerlas	Investigador	* Espacio físico * Material ofimático
Tareas cognitivas	Analizar e identificar adversidades y creencias irracionales del cliente	* Dialogo y confrontación de los miembros al cliente para cambio de ideas y formación de filosofías efectivas	Investigador	* Mobiliario * Material bibliográfico
Psicoeducación	Comprender y reforzar el trabajo cognitivo, emotivo y conductual	* Comprensión de lo que han logrado los miembros y retroalimentación de todos	Investigador	* Material bibliográfico * Material didáctico

Tabla N°8: Segunda fase de la propuesta

Elaborado por: Investigador

Fuente: Investigación de campo

Tercera fase

ETAPA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	MATERIALES Y RECURSOS
Desarrollo psicoterapéutico	Poner en práctica la teoría conductista para el cambio de conducta	* Técnica de role-playing * Psicodrama	Investigador	* Recursos humanos * Espacio físico
Control de las eventualidades	Fortalecer conductas específicas de la etapa anterior y controlarlas para evitar su extinción	* Economía de fichas * Contrato conductual * Contrato de contingencias	Investigador	* Recursos humanos * Recursos físicos
Progreso de conductas	Reforzar aproximaciones a la conducta deseada	* Modelamiento	Investigador	* Recursos humanos
Disminución de conductas	Extinguir las conductas desadaptativas y fomento de conductas deseadas	* Entrenamiento de habilidades	Investigador	* Recursos humanos

Tabla N°9: Tercera fase de la propuesta

Elaborado por: Investigador

Fuente: Investigación de campo

Cuarta fase

ETAPA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	MATERIALES Y RECURSOS
Imaginación racional emotiva	Practicar la imaginación racional emotiva para entrenamiento conductual	* Entrenamientos grupales para imaginar los sucesos más negativos que puedan acontecer y convertirlos en positivos	Investigador	* Recursos humanos * Espacio físico
Integración de roles y roles inversos	Interpretar roles propios y adoptar de roles externos para afrontarlos adecuadamente	* Dramatización de roles propios en compañía del terapeuta y de otros miembros para ensayos conductuales * Asumir conductualmente la creencia irracional de otro miembro y convencerlos * Retroalimentación del terapeuta y los miembros	Investigador	* Espacio físico * Recursos humanos * Mobiliario
Motivación	Animar a todos e incentivarlos a ser mejores	* Abrazos y frases de motivación para alentarlos a realizar las actividades arduas y difíciles	Investigador	* Recursos humanos

Tabla N°10: Cuarta fase de la propuesta

Elaborado por: Investigador

Fuente: Investigación de campo e IBM SPSS

Quinta fase

ETAPA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	MATERIALES Y RECURSOS
Autocontrol y habilidades sociales	Prevenir la prisa en las actividades diarias y con su núcleo social Regular las emociones, pensamientos y conductas inadecuados	* Entrenamiento en técnicas de relajación * Establecer un compromiso para abastecerse solo lo necesario * Evaluación de riesgos tras un acto premeditado o peligroso	Investigador	* Mobiliario * Recursos ofimáticos
Prevención de recaídas	Enseñar a los clientes que pueden ser sus propios terapeutas y van a lograr lo propuesto	* Ejercicios grupales de pensamientos, sentimientos y conductas positivas * Escribir en un diario todo aquello que consideren negativo * Técnica de toma de decisiones adecuadamente	Investigador	* Espacio físico * Diarios, cuadernos y lápices * Mobiliario

Tabla N°11: Quinta fase de la propuesta

Elaborado por: Investigador

Fuente: Investigación de campo e IBM SPSS

Desarrollo de la Propuesta

Objetivo: Estructurar los equipos de trabajo y la cohesión de los integrantes de cada grupo

Tiempo: Tres sesiones de 2 horas cada una: una sesión individual del equipo de trabajo, una sesión grupal y otra individual con los clientes.

Desarrollo: Las actividades a desarrollar durante la fase de introducción son:

- Elección y adecuación del lugar, preparación de todos los materiales a utilizar, revisión de recursos teóricos y bibliográficos.
- Anunciamiento de las reglas, normas y disposiciones a tomar en cuenta, recolección de información y sugerencias de los clientes y revisión de historias clínicas.
- Consolidación del equipo de trabajo, conformación de grupos de 10 integrantes que hayan pasado por terapias individuales o entrevistas previas, reunión con el equipo de trabajo y el delegado de cada grupo.
- Explicación detallada de la técnica terapéutica a seguir, exposición de los lineamientos que se van a adoptar con los clientes, expresión de objetivos a los que se pretende llegar y presentación entre todos los miembros.
- Evaluaciones y entrevistas individuales a los clientes que deseen asistir al grupo que no hayan sido evaluados previamente.
- Las sesiones están destinadas a ser una vez por semana los días martes solo con los miembros de cada grupo y el taller será los días viernes abierto a todos quienes deseen asistir.

SESIÓN 1

Tema: Confrontación activa / Autoafirmaciones racionales

Objetivo: Localizar las creencias irracionales contraproducentes y confrontarlas para posteriormente sustituirlas por creencias racionales, generando convicción y acción sobre ellas.

Tiempo: 2 horas

Desarrollo:

- Expresión de una frase motivacional por parte del terapeuta.
- Explicación del terapeuta que es el modelo ABC y como definir una creencia racional e irracional
- Cada cliente debe establecer su meta para el final del tratamiento.
- Confrontación de los debes y los deberías contraproducentes a través de ejemplos experienciales y que les hayan sido de utilidad a ellos o a los demás.
- Ejercicio de Psicodrama sobre creencias racionales que sustituyan a las negativas y como las ejercerían dentro y fuera del centro.

Evaluación de la sesión: Retroalimentación del terapeuta, felicitaciones por haber asistido a la sesión como incentivo.

Tarea: Escritura de todas las creencias racionales e irracionales que tengan.

SESIÓN 2

Tema: Tareas cognitivas / Psicoeducación

Objetivo: Identificar adversidades y creencias irracionales del cliente en la consecución de su comprensión *per se* y del terapeuta, reforzando el trabajo cognitivo, emotivo y conductual.

Tiempo: 2 horas

Desarrollo:

- Se sientan los miembros en un semicírculo con el terapeuta a la cabecera.
- Expresión de una frase motivacional por parte de un miembro del grupo.
- Exposición breve y voluntaria de la tarea enviada la sesión anterior.
- Utilización de la técnica ABCDE para generar un diálogo sobre sus creencias irracionales y solicitar a los demás miembros su confrontación para el cambio de ideas y formación de filosofías efectivas.
- Uso de recursos de autoayuda para que todos comprendan el proceso del trabajo realizado y lo refuercen positivamente.

Evaluación de la sesión: Retroalimentación del terapeuta, preguntar qué es lo que han aprendido y que expresen con que cosas se quedan y cuales las dejarían.

Tarea: Escritura sobre las filosofías efectivas planteadas.

SESIÓN 3

Tema: Desarrollo psicoterapéutico / Control de las eventualidades

Objetivo: Poner en práctica la teoría conductista para fortalecer conductas específicas y reforzarlas evitando su extinción.

Tiempo: 2 horas

Desarrollo:

- Se sientan los miembros en un semicírculo con el terapeuta a la cabecera.
- Expresión de una frase motivacional por parte de un miembro del grupo.
- Exposición breve y voluntaria de la tarea enviada la sesión anterior para a partir de ello observar que conductas están dispuestos a cambiar.
- Uso de la técnica economía de fichas grupales, controlada por el líder de cada grupo y el terapeuta, como refuerzo de conductas deseadas.
- Verbalización y establecimiento de un contrato conductual entre los miembros del grupo, apoyando la discreción y la guía de todos.
- Contrato de contingencias que se puedan generar y hacer uso de los datos estipulados en el mismo.

Evaluación de la sesión: Retroalimentación del terapeuta. Preguntar a cada uno: ¿Qué les pareció la sesión?, si tienen alguna sugerencia y si han avanzado en cuanto a su objetivo.

Tarea: Confección de una tabla conductual a su gusto con las indicaciones dadas.

SESIÓN 4

Tema: Progreso de conductas / Disminución de conductas

Objetivo: Reforzar aproximaciones a la conducta deseada y extinguir paulatinamente las conductas desadaptativas.

Tiempo: 2 horas

Desarrollo:

- Se sientan los miembros en un semicírculo con el terapeuta a la cabecera.
- Expresión de una frase motivacional por parte de un miembro del grupo.
- Exposición breve y voluntaria de la tarea enviada la sesión anterior para hacerse acreedores o no a la ficha conductual.
- El líder de cada grupo expone quien de los miembros cometió alguna falta para darle su castigo y quien sí se comportó adecuadamente para colocarle la ficha respectiva.
- Uso de técnica modelamiento para animar a los participantes que no recibieron la ficha a enmendarla de la manera que hayan visto u oído de manera dramatizada.

Evaluación de la sesión: Retroalimentación del terapeuta, preguntar a los miembros cuales son los aprendizajes de la sesión y se les felicita por haber asistido.

Tarea: Escritura y entrenamiento de habilidades, destrezas y conocimientos.

SESIÓN 5

Tema: Imaginación racional emotiva / Integración de roles y roles inversos

Objetivo: Practicar la imaginación racional emotiva como entrenamiento conductual que permitirá interpretar roles propios y adoptar roles externos para afrontarlos adecuadamente.

Tiempo: 2 horas

Desarrollo:

- Se sientan los miembros en un semicírculo con el terapeuta a la cabecera.
- Expresión de una frase motivacional por parte de un miembro del grupo.
- Exposición breve y voluntaria de la tarea enviada la sesión anterior para hacerse acreedores o no a la ficha conductual.
- El líder de cada grupo expone quien de los miembros cometió alguna falta para darle su castigo y quien sí se comportó adecuadamente para colocarle la ficha respectiva.
- Entrenamientos para imaginar los sucesos más negativos que puedan acontecer y convertirlos en positivos.
- Dramatización de roles propios en compañía del terapeuta y de otros miembros para ensayos conductuales.
- Asumir conductualmente la creencia irracional de otro miembro y lograr convencerlo de que lo que hace es correcto.

Evaluación de la sesión: Retroalimentación del terapeuta y los miembros sobre las dramatizaciones de los roles, aplauso entre todos por haber asistido y logrado la cohesión grupal.

Tarea: Escribir que tipo de emoción y sentimiento experimentaron en esta sesión.

SESIÓN 6

Tema: Motivación

Objetivo: Animar a todos los miembros e incentivarlos a ser mejores.

Tiempo: 2 horas

Desarrollo:

- Se sientan los miembros en un círculo incluyendo al terapeuta.
- Expresión de una frase motivacional por parte de un miembro del grupo.
- Exposición breve y voluntaria de la tarea enviada la sesión anterior para hacerse acreedores o no a la ficha conductual.
- El líder de cada grupo expone quien de los miembros cometió alguna falta para darle su castigo y quien sí se comportó adecuadamente para colocarle la ficha respectiva.
- De manera voluntaria los miembros eligen a alguien y le muestran su afecto y estima, mencionándole cosas positivas y porque les parece un gran ser humano, además de incentivarlo a cambiar su conducta.
- Todos los miembros son incluidos y rotan en los ejercicios de motivación, escriben frases motivacionales y le entregan a la persona que consideren como un referente y amigo.

Evaluación de la sesión: Retroalimentación del terapeuta y los miembros del grupo, canto de una canción alegre y abrazo grupal para finalizar.

Tarea: Escribir dos cartas. Una a su yo de cuando era niño y otra a su yo en el futuro.

SESIÓN 7

Tema: Autocontrol / Habilidades sociales

Objetivo: Prevenir la prisa en las actividades diarias a través de la regulación de las emociones, pensamientos y conductas inadecuadas.

Tiempo: 2 horas

Desarrollo:

- Se sientan los miembros en un semicírculo con el terapeuta al frente.
- Expresión de una frase motivacional por parte de un miembro del grupo.
- Exposición breve y voluntaria de la tarea enviada la sesión anterior para hacerse acreedores o no a la ficha conductual.
- Planteamiento de problemas de la vida diaria para que los miembros realicen una evaluación imaginaria de riesgos tras un acto premeditado o peligroso.
- Entrenamiento en técnicas de relajación para controlar la ansiedad e imaginación de lugares en donde quisieran estar.

Evaluación de la sesión: Retroalimentación del terapeuta y los miembros del grupo, que manifiesten en porcentaje cual creen que es su avance y si la técnica de relajación los ayudo a controlar su ansiedad.

Tarea: Dibujo de los lugares que imaginaron y que escriban una frase que lo acompañe.

SESIÓN 8

Tema: Prevención de recaídas

Objetivo: Enseñar a los clientes que pueden ser sus propios terapeutas y van a lograr lo que se propongan con solo intentarlo.

Tiempo: 3 horas

Desarrollo:

- Se sientan los miembros en un semicírculo con el terapeuta al frente.
- Expresión de una frase motivacional por parte de un miembro del grupo.
- Exposición en la pared de los dibujos realizados por los miembros y voluntariamente reciten la frase que escribieron.
- Última colocación de la ficha conductual y constatar si funciona o no la técnica para extinción de las conductas desadaptativas.
- Ejercicios grupales de pensamientos, sentimientos y conductas positivas, que les sean favorables en las actividades que realicen y no les generen problemas.
- Entrenamiento en técnica de toma de decisiones asertivas.
- Cierre simbólico de la terapia.

Evaluación de la sesión: Retroalimentación del terapeuta sobre los avances, fortalezas y debilidades de los integrantes del grupo. Los miembros del grupo digan en que les ha ayudado la terapia, felicitaciones por haber concluido exitosamente la terapia, abrazo y aplauso grupal.

TALLER

Tema: Apoyo psicológico y desarrollo personal

Objetivo: Participación activa de los asistentes para que expresen comentarios y puedan hacer las preguntas que deseen.

Tiempo: 3 horas

Frecuencia: Semanal, todos los viernes

Desarrollo:

- Relato de una historia, cuento, chiste o anécdota corta por parte del terapeuta, relacionada con el tema del taller.
- Pasan al frente dos pacientes voluntarios, para que en una conversación mediada por el terapeuta expresen como ha sido la semana; que expresen ¿Cuáles han sido sus creencias irracionales? y ¿Qué han hecho para modificarlas?
- Al finalizar el terapeuta da su retroalimentación en base al modelo ABC, explica lo ocurrido y recepta preguntas de los asistentes.
- Otros dos voluntarios pasan al frente y con experiencias propias realizan la misma actividad basándose en las indicaciones dadas por el terapeuta, además de cómo debería ser su comportamiento en tales circunstancias esperando su retroalimentación y corrección de errores que puedan presentarse.
- Se realizan técnicas de relajación grupales para controlar la ansiedad y técnicas de autocontrol para disminuir su impulsividad.
- Para finalizar se realiza la retroalimentación grupal con observaciones y dudas que tenga la audiencia, luego se recurre a un ligero refrigerio que abarque a todos, fomentando el conocerse más entre ellos y los motive a seguir asistiendo.

Evaluación: A través de la Escala de Actitudes y Creencias

Tareas: Escritura de un diario sobre la experiencia de cada taller, además de anotar dudas, preguntas y otros apuntes necesarios.

BIBLIOGRAFÍA

- Arana, C., Gómez, M., & Molina, D. (2013). Alteración de las Funciones Ejecutivas en Personas Vinculadas al Conflicto Armado Colombiano. *Katharsis*, No. 15, pp. 133-151. ISSN 0124-7816.
- Arzuaga, K., & Jiménez, M. (2014). Desempeño Neuropsicológico en Pruebas de Funciones Ejecutivas y Frontales en Mujeres Condenadas por delitos violentos en un centro penitenciario de Cartagena. Proyecto de titulación de pregrado. Facultad de Educación, Ciencias Humanas y Sociales. Universidad de San Buenaventura, Cartagena.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (Quinta edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana. ISBN 978-8-4983-5810-0.
- Bausela, E. & Santos, J. L. (2006). Disfunción ejecutiva: Sintomatología que acompaña a la lesión y/o disfunción del lóbulo frontal. *Avances en Salud Mental Relacional*, 5(2).
- Bertone, M. S., Domínguez, M. S., Vallejos, M., Moauro, H., & Román, F. (2015). Neurobiología de la psicopatía. *Psiquiatria. Com*, 2-13. ISSN 1137-3148.
- Bonilla, J., & Guinea, S. F. (2006). Neurobiología y neuropsicología de la conducta antisocial. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 6(1), 67-82.
- Calcedo, A. (2018). *Mentes criminales. Fenomenología de la maldad*. Editorial EMSE EDAPP. Primera edición, Madrid. ISBN: 978-84-17506-48-3.
- Carballo, K., & Guamán, V. (2019). Funciones ejecutivas en personas privadas de libertad. Centro de rehabilitación social de Guaranda, 2018 – 2019. Proyecto de titulación

de pregrado. Facultad de ciencias de la salud. Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba.

Catuara, S. (2018). Las neuronas espejo. Editorial EMSE EDAPP. Primera edición, Madrid. ISBN: 978-84-17177-57-7

Clark, D., Boutros, N. & Méndez, M. (2012). El cerebro y la conducta: Neuroanatomía para psicólogos. México DF, México: Editorial El Manual Moderno. ISBN: 978-607-448-238-6.

Correas-Lauffer, J. (2018). Placer y recompensa. Editorial EMSE EDAPP. Primera edición, Madrid. ISBN: 978-84-17177-83-6.

Damasio, A. (1994). El error de descartes. New York, USA: Putnam.

Díaz, K., & Ostrosky, F. (2012). Desempeño Neuropsicológico Prefrontal en Sujetos Violentos de la Población General 1 Universidad Nacional Autónoma de México Acta de investigación psicológica, 2 (1), pp. 555 – 567.

Diaz, K., Ostrosky, F., Romero, C., & Pérez, M. (2013). Desempeño neuropsicológico orbitomedial en psicópatas. Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias, Vol.13, N°1, pp. 43-58. ISSN: 0124-1265.

Flores, J., & Ostrosky-Solíz, F. (2008). Neuropsicología de lóbulos frontales, funciones ejecutivas y conducta humana. Revista neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias, 8(1), 47-58.

Flores, J., Ostrosky F., & Lozano, A. (2014). Batería Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales (BANFE-2). México DF, México: Editorial El Manual Moderno.

García-López, E. (2014). Psicopatología forense. Comportamiento humano y tribunales de justicia. Bogotá, Colombia: Editorial Manual Moderno. ISBN 978-958-9446-79-9.

- González, M. (2019). Criminalidad en la Iberoamérica democrática: la pluralización de la violencia silenciada. Instituto español de estudios estratégicos. Revista IEEE. No. 13, pp. 176-193. ISSN-e: 2255-3479.
- Guayaquil tiene más delitos en el Ecuador. (15 de julio de 2019). El universo. Recuperado de: <https://www.eluniverso.com/noticias/2019/07/15/nota/7425522/guayaquil-tiene-mas-delitos-ecuador>
- Halty, L. & Prieto-Ursúa, M. (2011). La psicopatía subclínica y la triada oscura de la personalidad. Behavioral Psychology/Psicología Conductual. (19), 317-331.
- Hernández, Fernández & Baptista. (2014). Metodología de la investigación. México DF, México: McGraw-Hill. ISBN: 978-4562-2396-0
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2019). Estadísticas de seguridad integral. Delitos de mayor connotación social. Informe de septiembre de 2019, Ecuador en cifras. Recuperado de: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/justicia-y-crimen/>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2020). Estadísticas de seguridad integral. Delitos de mayor connotación social. Informe de enero de 2020, Ecuador en cifras. Recuperado de: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/justicia-y-crimen/>
- León M., E., Folino, J., Neumann, C. & Hare, R. (2013). Aproximación diagnóstica de psicopatía mediante instrumento autoinformado. Revista Criminalidad, 55(3), 251-264. ISSN 1794-3108.
- López, J., & Núñez, M. (2009). Psicopatía versus trastorno antisocial de la personalidad. Revista Española de Investigación Criminológica (REIC), 7(1), 1-17.
- López, S. (2013). Revisión de la psicopatía: Pasado, presente y futuro. Revista Puertorriqueña de Psicología, 24(2),1-16. ISSN: 1946-2026. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2332/233229143007>

- Mayer, E., Folino, J. & Hare, R. (2014). Reliability of the Chilean version of the Hare PCL-R and convergent validity with other assessment tools for psychopathy. *Vertex*, 25, 245-52.
- Merani, A. (1979). *Diccionario de psicología*. México DF, México: Editorial Grijalbo. ISBN 968-419-062.
- Morán, S. (2010). La delincuencia organizada en América latina: las fuerzas armadas contra el crimen organizado en México. *Revista electrónica iberoamericana*, 4(1), 58-89. Recuperado de: https://www.urjc.es/images/ceib/revista_electronica/vol_4_2010_1/REIB_04_10_Sagrario.pdf
- Moreno, M. (2014). Estudio comparativo del perfil neuropsicológico prefrontal entre sujetos con conductas psicopáticas y/o delictivas y sujetos normales, en el contexto del peritaje forense. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 39(1), 42-52.
- Organización de las Naciones Unidas. (2018). Informe de las naciones unidas contra la droga y el delito. Recuperado de: <https://www.unodc.org/ropan/es/PrisonReform/criminal-justice-and-crime-prevention.html>
- Ostrosky-Solís, F. (2008). *Mentes asesinas. La violencia en tu cerebro*. México DF, México: Editorial Hachette. ISBN 978-968-9390.
- Portellano, A. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. Madrid, España: McGraw-Hill. ISBN: 84-481-9821-2.
- Pozueco-Romero, J. & Moreno-Manso, J. (2013). La tríada oscura de la personalidad en las relaciones íntimas. Psicopatía, maquiavelismo, narcisismo y maltrato psicológico. *Boletín de psicología*, 107, 91-111.

- Prieto, J & Salar, M. (2013). Psicopatía y funciones ejecutivas. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Julia_Prieto/publication/261722091_Psicopatia_y_funciones_ejecutivas/links/02e7e535517e065f17000000/Psicopatia-y-funciones-ejecutivas.pdf
- Redolar, D. (2013). Neurociencia cognitiva. Neurobiología de los sistemas de aprendizaje y memoria. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana. ISBN: 978-84-9835-408-9.
- Ruiz, I. (2013). Estudio de la función ejecutiva en menores infractores de catorce a dieciséis años del Centro de Adolescentes Infractores Virgilio Guerrero. Proyecto de titulación de maestría. Facultad de Ciencias Psicológicas. Universidad Central del Ecuador, Quito.
- Snell, R. (2007). Neuroanatomía clínica. Boston, USA: Editorial Panamericana. ISBN: 978-950-06-0089-7.
- Sosa, A. (2010). La mente del asesino en serie: Etiopatogenia. *Synapsis*, 3(1), 16-22. Recuperado de: <https://lamjol.info/index.php/SYNAP/article/view/434>
- Tapia, M. (2015). Evaluación de las Funciones Ejecutivas en Adolescentes Infractoras en el Centro “El Buen Pastor” de Quito durante el periodo 2014. Proyecto de titulación de maestría. Facultad de Ciencias Psicológicas. Universidad Central del Ecuador, Quito.
- Torralva, T., & Manes, F. (2001). Funciones ejecutivas y trastornos del lóbulo frontal. Instituto de Neurología Cognitiva, 1-6.
- Yankura, J., Dryden, W. (1999). Terapia conductual racional emotiva. Casos ilustrativos. Bilbao, España: Editorial Desclée de Brouwer. ISBN: 84-330-1468-4.

ANEXOS

- Self-Report Psychopathy (SRP III)

Por favor, indica el grado con el que te muestras de acuerdo en las siguientes afirmaciones. Recuerda que es totalmente confidencial.

1	2	3	4	5
Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo

1. Soy una persona rebelde	1	2	3	4	5
2. Tengo un carácter más duro que otras personas	1	2	3	4	5
3. Creo que podría superar un detector de mentiras	1	2	3	4	5
4. He tomado drogas ilegales (ej. marihuana, éxtasis)	1	2	3	4	5
5. Nunca he estado involucrado en actividades de bandas delincuentes	1	2	3	4	5
6. Nunca he robado un camión, un coche o una motocicleta	1	2	3	4	5
7. La mayoría de las personas son débiles	1	2	3	4	5
8. Deliberadamente halago a otras personas para conseguir que se pongan de mi parte	1	2	3	4	5
9. A menudo he hecho cosas peligrosas simplemente por la sensación que me producen	1	2	3	4	5
10. He engañado a alguien para que me diera dinero	1	2	3	4	5
11. Me atormenta ver un animal herido	1	2	3	4	5
12. He agredido a un agente del orden público o a un trabajador social	1	2	3	4	5
13. He fingido ser otra persona para conseguir algo	1	2	3	4	5
14. Siempre planifico detalladamente mis actividades semanales	1	2	3	4	5
15. Me gusta ver peleas de puñetazos	1	2	3	4	5
16. No soy una persona astuta ni engañosa	1	2	3	4	5
17. Sería bueno en un trabajo peligroso porque tomo las decisiones muy rápido	1	2	3	4	5
18. Nunca he intentado forzar a nadie a practicar el sexo conmigo	1	2	3	4	5
19. Mis amigos dirían que soy una persona cercana	1	2	3	4	5
20. Nunca disfrutaría timando a alguien	1	2	3	4	5
21. Nunca he atacado a nadie con la idea de herirle o lesionarle	1	2	3	4	5
22. Nunca me pierdo una cita	1	2	3	4	5
23. Evito las películas de miedo	1	2	3	4	5
24. Confío en que otras personas sean honestas	1	2	3	4	5
25. No me gusta conducir a alta velocidad	1	2	3	4	5
26. Me siento muy triste cuando veo a una persona indigente	1	2	3	4	5
27. Me resulta divertido ver hasta dónde puedes llegar antes de que la gente se moleste	1	2	3	4	5
28. Me divierto haciendo locuras	1	2	3	4	5
29. He entrado en un edificio o en un vehículo para robar o dañar algo	1	2	3	4	5
30. Ya no me preocupo por estar en contacto con mi familia	1	2	3	4	5
31. Me resulta difícil manipular a las personas	1	2	3	4	5
32. Rara vez sigo las reglas	1	2	3	4	5
33. Nunca lloro en las películas	1	2	3	4	5
34. Nunca he sido arrestado	1	2	3	4	5
35. Deberías aprovecharte de otras personas antes de que ellos se aprovechen de ti	1	2	3	4	5
36. No me divierte apostar con dinero de verdad	1	2	3	4	5
37. La gente a veces dice que soy despiadado	1	2	3	4	5
38. Normalmente la gente sabe si estoy mintiendo	1	2	3	4	5
39. Me gusta tener relaciones sexuales con personas que apenas conozco	1	2	3	4	5

40. Me gustan las películas y los deportes violentos	1	2	3	4	5
41. Algunas veces tienes que aparentar que te gustan las personas para conseguir algo de ellas	1	2	3	4	5
42. Soy una persona impulsiva	1	2	3	4	5
43. He tomado drogas "duras" (ej. heroína, cocaína)	1	2	3	4	5
44. Soy bondadoso	1	2	3	4	5
45. Soy capaz de convencer a la gente de cualquier cosa	1	2	3	4	5
46. Nunca he robado en una tienda	1	2	3	4	5
47. No me divierto corriendo riesgos	1	2	3	4	5
48. Las personas son demasiado sensibles cuando les digo la verdad sobre ellas mismas	1	2	3	4	5
49. Fui condenado por un grave crimen	1	2	3	4	5
50. La mayoría de la gente miente todos los días	1	2	3	4	5
51. Continuamente me meto en problemas por las mismas cosas una y otra vez	1	2	3	4	5
52. De vez en cuando llevo un arma (cuchillo o arma de fuego) para protegerme	1	2	3	4	5
53. La gente llora demasiado en los funerales	1	2	3	4	5
54. Puedes conseguir lo que quieres diciéndole a la gente lo que quiere oír	1	2	3	4	5
55. Me aburro fácilmente	1	2	3	4	5
56. Nunca me siento culpable por lastimar a otros	1	2	3	4	5
57. He amenazado a otros para que me dieran dinero, ropa o maquillaje	1	2	3	4	5
58. Muchas personas son "pringaos" y pueden ser fácilmente engañados	1	2	3	4	5
59. Reconozco que a menudo hablo sin pensar	1	2	3	4	5
60. A veces abandono a amigos que ya no necesito	1	2	3	4	5
61. Nunca pisaría a otros para conseguir lo que quiero	1	2	3	4	5
62. Tengo amigos cercanos que han cumplido condena en prisión	1	2	3	4	5
63. Intenté herir intencionadamente a alguien con el vehículo que iba conduciendo	1	2	3	4	5
64. He violado la libertad condicional	1	2	3	4	5

14	A. Solo que me dan el tiempo que me merezco				
	B. Nunca llego cuando el tiempo que me merezco				
15	A. No me gusta exhibir mi cuerpo				
	B. Me gusta exhibir mi cuerpo				
16	A. Las personas son como un libro abierto				
	B. A veces gente es difícil de entender				
17	A. Solo si soy sumo casto, estoy dispuesto a aceptar la responsabilidad en la causa de los otros				
	B. Me gusta tener la responsabilidad de tomar decisiones				
18	A. Yo solamente quiero ser respetablemente feliz				
	B. Quiero llegar a ser igual a los otros del mundo/ de los demás				
19	A. Mi cuerpo no es nada especial				
	B. Me gusta mirar mi cuerpo				
20	A. Intento no ser detenido, guardar				
	B. Abandono si encuentro la posibilidad				
21	A. Siempre sé lo que estoy haciendo				
	B. Algunas veces no estoy seguro de lo que hago				
22	A. A veces dependo de los demás para hacer las cosas				
	B. Rara vez dependo de alguien para hacer algo				
23	A. Algunas veces cuento buenas historias				