



Universidad Nacional Autónoma de México
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

**FACTORES PSICOSOCIALES Y NEURO-COGNITIVOS ASOCIADOS A LA
RESPUESTA AL TRATAMIENTO DE CRIMINALES VIOLENTOS**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

VICENTE APOLO VÁZQUEZ VERA

DIRECTOR:

**DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

COMITÉ:

**DR. JAVIER NIETO GUTIÉRREZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. MARÍA GUILLERMINA YÁÑEZ TÉLLEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
DR. BENJAMÍN RODRÍGUEZ TREJO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

México Cd. Mx.

Marzo 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

Agradecimientos	4
Resumen	4
Abstract	7
Antecedentes	9
Factores psicosociales del Comportamiento Violento en Población Penitenciaria y No Penitenciaria	11
Características Neuropsicológicas del Criminal Violento	23
Neuropsicología de los Lóbulos Frontales y las Funciones Ejecutivas	54
Alteraciones de las Funciones Ejecutivas	71
Evaluación de las Funciones Ejecutivas	73
Tratamientos Correccionales	76
Componentes de las Técnicas Cognitivo-Conductuales para Contextos Criminales	77
Programas Representativos	79
Eficacia de los Programas Correccionales	82
Estudio Uno, fundamentación	84
Objetivos específicos	85
Criterios de inclusión	86
Participantes	87
Variables en estudio	91
Medición	92
Ruta crítica	93
Procedimiento	93
Resultados I	96
Conclusiones y Discusión	100
Estudio Dos, fundamentación	104
Tipo de investigación	105
Criterios de eliminación del análisis	106
Variables en estudio	108
Descripciones operacionalizadas	109

Instrumentos y materiales	110
Diseño, ruta crítica	111
Procedimiento	112
Resultados II	114
Conclusiones y Discusión	128
Estudio Tres, fundamentación	133
Planteamiento del problema	134
Participantes	135
Criterios de eliminación	136
Variables conceptuales	138
Variables operacionalizadas	139
Medición, instrumentos-materiales	140
Flujograma	142
Procedimientos generales	143
Procedimientos clínicos	144
Análisis estadístico	151
Resultados III	152
Conclusiones y Discusión	162
Discusión General	172
Referencias	174
Anexo 1: Detalle total de resultados	184
Anexo 2: Instrumentos	197
Anexo 3: Cronograma de la intervención	244
Anexos clínicos	249

AGRADECIMIENTOS

Al **Dr. Juan José Sánchez Sosa**, quien humana y concienzudamente dirigió mi tesis en una fase tambaleante durante el desarrollo de este trabajo, un guía que es ejemplo de ejecutividad y de superación de los límites del egoísmo al centrar sus energías en el dar. Mi más sincero aprecio y reconocimiento.

Al **Dr. Javier Nieto Gutiérrez**, mi más sincero reconocimiento por su ejemplar apoyo, a quien siempre encontré con puertas abiertas a lo largo de todo el trabajo.

Por su valioso apoyo, su valiosa supervisión, comentarios, sugerencias para la elaboración del trabajo a:

Dra. Ma. Guillermina Yáñez Téllez
Dr. Benjamín Domínguez Trejo
Dr. Samuel Jurado Cárdenas

Aprecio sinceramente su contribución para el desarrollo de este trabajo.

A mi hermana **Esther Vázquez Vera**, quien ya no pudo acompañarme en la conclusión de este logro, que sin su amor y compañía difícilmente hubiera terminado esta tesis, fue una persona inspiradora, motivadora y siempre la llevaré en mi corazón.

A mi familia, quienes cada uno de ellos me brindaron su apoyo de diferente manera, fueron sensibles y apoyaron mi paso en cada una de las etapas de la tesis.

A la Subsecretaria de Sistema Penitenciario de la Ciudad de México y la Secretaria de Educación Pública, que a través de sus funcionarios permitieron la realización de este trabajo en sus instalaciones.

Vicente Apolo Vázquez Vera
Marzo de 2017.

RESUMEN

La inseguridad, la delincuencia y la violencia en México han aumentado dramáticamente. Los delitos violentos son cada vez más recurrentes y se refleja en el aumento de la población penitenciaria de difícil manejo y recalcitrante. El estudio de las personas con alto riesgo de ser violentas, de personas en las que la violencia forma parte de su estilo de vida y de los criminales violentos, requiere cada vez mayor atención. La detección y caracterización de la población en alto riesgo de comportamientos violentos es fundamental para establecer medidas de prevención y en el caso de personas que ya tienen una historia criminal, violenta y delictiva, es importante su evaluación, clasificación y el monitoreo de sus características psicosociales históricas y modificables o clínicas para establecer niveles de riesgo de reincidencia violenta y observar los cambios ante la exposición a programas de intervención. Por tanto, es fundamental el diseño y la calibración de instrumentos ya diseñados en otros contextos socioculturales, para lo cual, un recurso valioso sería la detección de las características diferenciadas entre población normal y penitenciaria. Otra aportación importante para el manejo de la población violenta es el diseño de programas de intervención y la adaptación a nuestro contexto sociocultural de medidas de intervención ya existentes en otros contextos socioculturales que sean objetivamente dirigidas en base a la evidencia y evaluar su eficacia.

Particularmente, la población penitenciaria que compurga una pena privativa de libertad por cometer delitos violentos, que tienen un extenso historial criminal y son problemáticos en reclusión, difícilmente son evaluados y reciben tratamiento sistemático y objetivo. Estos individuos representan un riesgo social e institucional por su alta reincidencia violenta y delictiva dentro y fuera de internamiento. Usualmente el manejo que reciben es mantenerlos segregados las 24 horas, ubicarlos en módulos de máxima seguridad y trasladarlos periódicamente a diferentes centros de reclusión sin opciones de manejo clínico y objetivamente dirigido, lo que provoca efectos adversos, pues se deteriora su salud mental y aumenta el riesgo de reincidencia violenta y delictiva. Los hallazgos en la investigación señalan que gran parte de esta población presentan alteraciones neuropsicológicas, particularmente de las funciones ejecutivas. La comprensión de los mecanismos neuropsicológicos que son base de las respuestas diferenciadas al tratamiento, puede maximizar la eficacia de la inversión que los administradores correccionales dirigen hacia la intervención.

En esta investigación se plantea la siguiente pregunta: ¿Es posible que indicadores psicosociales y neuro-cognitivos de la conducta violenta discriminen a la población general de la penitenciaria y sean indicadores de la respuesta al tratamiento de criminales violentos? El objetivo es examinar la interrelación entre mecanismos neuropsicológicos e indicadores psicosociales clínicos de respuesta al tratamiento cognitivo-conductual y sus resultados. Esta investigación se divide en

tres estudios, el primero compara a 72 internos violentos de un reclusorio ubicados en áreas de máxima seguridad con 75 personas sin antecedentes penales, apareados por características sociodemográficas y escolaridad, se comparan por medio de indicadores psicosociales de la violencia (Escala de Reacción a la Provocación y Escala de Agresión Proactiva-Reactiva); en el segundo estudio se aplica una intervención correccional de corte cognitivo-conductual a 24 internos violentos y se compara con un grupo control de 24 internos que también se caracterizan por ser violentos pero no reciben el tratamiento, se utiliza un diseño pretest-posttest a través de diversos indicadores de respuesta al tratamiento (Escala de Reacción a la Provocación, Escala de agresión proactiva-Reactiva, Escala de Riesgo de Comportamientos Violentos -HCR-20-, Escala de Compromiso, Responsividad y Mejoría al Tratamiento). El tercer estudio considera a los 24 internos que recibieron el tratamiento de corte cognitivo-conductual y se perfilaron sus funciones neuropsicológicas mediante la batería de lóbulos frontales y funciones ejecutivas de Flores, Ostrosky y Lozano. El diseño es prospectivo, longitudinal de causa a efecto y comparativo. Los principales instrumentos para evaluar el impacto de tratamiento fue el Inventario Reacción a la Provocación de Novaco, la Escala de Agresión Proactiva-Reactiva de Raine, la Escala de Responsabilidad y Mejoría al Tratamiento de Ralph Serin y la Escala de Riesgo de Violencia de Hilterman y Pueyo. Además del registro de castigos del consejo técnico del reclusorio, expedientes técnicos, reportes del cuerpo de seguridad e informantes internos. Los resultados se procesaron estadísticamente con Pruebas T de student y análisis de regresión. Se observó que los puntajes de los indicadores de violencia entre población penitenciaria violenta y civil son estadísticamente diferentes; la población penitenciaria que recibió el tratamiento tuvo una mejoría significativa en los indicadores de respuesta al tratamiento en la evaluación pretest-posttest, también tuvieron diferencias significativas con el grupo control, observándose mayor mejoría en el grupo que recibió el tratamiento. Finalmente, se observó mayor mejoría por el tratamiento correccional de los internos que tenía menos déficits en las funciones ejecutivas, mientras que los que reflejaron mayores déficits neuropsicológicos se beneficiaron menos del tratamiento. De tal forma que las tareas neuropsicológicas predijeron la respuesta al tratamiento en los puntajes de cambio pre-post tratamiento de las diferentes escalas que evaluaron la respuesta al tratamiento.

Psychosocial and neuro-cognitive factors associated to response to treatment in violent offenders.

ABSTRACT

Insecurity, delinquency and crime have increased dramatically in Mexico over the last two decades. Violent crimes are progressively more frequent which is in turn reflected on growing penitentiary populations that are ever more recalcitrant and difficult to manage. The study of individuals at high risk of being violent, including violent criminals, or those for whom violence is already part of a lifestyle, has therefore become increasingly necessary. Detecting and characterizing populations prone to behave violently is essential in order to develop preventive measures. It is also important to assess, classify and monitor violent individuals with a criminal background, regarding their psychosocial, historical and clinical characteristics. These features should be used to develop and evaluate interventions as well as to provide reasonable forecasts of criminal reincidence. This effort requires designing, calibrating and testing the quality of measurement techniques and instruments, as well as comparing such measures from typified penitentiary and comparable non-penitentiary populations. Another highly needed contribution to managing violent populations consists of designing interventions congruent with their social and cultural characteristics as well as testing their effectiveness.

In Mexico, prison inmates with extensive history of violent crimes who remain highly disruptive and violent in prison are seldomly assessed and rarely exposed to appropriate treatment. These individuals' behavior is highly risky both socially and institutionally. These inmates are normally kept in high security isolation and periodically taken to other facilities with no options for evidence-based clinical treatment. This situation leads to deteriorated mental health and increased risk of violent behavior including further criminal acts. Research findings have suggested that these individuals show neuropsychological alterations, especially in executive functions. Thus, understanding the underlying neuropsychological mechanisms leading to the design of adequate interventions will very likely lead to improved effectiveness and cost-benefit ratios.

The three studies object of the present dissertation address the following research question: Can psychosocial and neuro-cognitive indicators of violent behavior predict the effectiveness of treatment strategies? Thus the objective consists of examining the association between such indicators and participants' actual response to a cognitive-behavioral intervention. A first

study compared 72 violent inmates from a high security area with 72 open population participants matched for relevant socio-economic and schooling variables. Measurement included scales for reaction to provocation and proactive-reactive aggression. The second study compared the effects of a cognitive behavioral intervention aimed at reducing violence on 48 violent inmates, 24 exposed to treatment and 24 temporarily assigned to a waiting list condition, through a pretest-posttest design. Measures included reaction to provocation, proactive-reactive aggression, violent behavior risk, responsiveness and compromise and improvement after treatment. In the third study, the 24 inmates exposed to treatment responded to a battery of neuropsychological tests including frontal lobes and executive functions, through a retrospective and longitudinal cause-effect comparison which also included the measures from the second study. Additional data included the prison records on committee-assigned punitive and isolation decisions, security personnel records and internal informers. Statistical analyses included t test means comparisons and regression analysis. Results show that violence indicators between inmates and regular civilians indeed revealed highly significant differences. In turn, inmates who got exposed to treatment showed statistically significant improvement from pre- to posttest as well as differences with data from waiting list participants. Finally clinical improvement in violence control was significantly superior in participants whose neuropsychological measurements showed less severe executive functions deficits as compared with those with more serious deficits, who showed less improvement. Thus the proposed neuropsychological tasks were actually useful as predictors of the clinical response to treatment aimed at reducing violent behavior and increasing emotional and cognitive control.

ANTECEDENTES

La organización mundial de la salud define violencia como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológico, trastorno del desarrollo o privaciones” (Drug, et al, 2002).

La violencia representa un problema creciente en México, según Hernández-Bringas y Narro-Robles (2010), en una revisión que realizaron de la ocurrencia de homicidios en México durante el periodo 2000-2008, llevada a cabo con base de datos del Instituto Nacional de Geografía Estadística e Informática (INEGI) y del Sistema Nacional de Seguridad Pública (SNSP), encontraron que los homicidios explican alrededor de 1.5 por ciento del total de muertes en México. De acuerdo con el INEGI, el número de homicidios registrados entre 2000 y 2007 no presentó grandes variaciones, pero en 2008 se registra un incremento significativo del 60 por ciento, que ubicaría el monto de homicidios en 13 607, lo que implica alrededor de 13 homicidios por cada cien mil habitantes. De igual forma, los datos del SNSP muestran que la tendencia a la reducción del fenómeno es constante hasta 2007, pasando la tasa de homicidios de 14 a 10 por cien mil habitantes y aumenta a 12 por cien mil habitantes hacia 2008. Es así como las dos fuentes coinciden en señalar al año 2008 como un momento de repunte de este tipo de delitos en la República Mexicana.

Con respecto a las personas recluidas por crímenes violentos, de acuerdo a la tercera encuesta realizada a la población en reclusión en el Distrito Federal y el Estado de México llevada a cabo por el Centro de Investigación y Docencias Económicas en 2009, 63% de los delincuentes están privados de su libertad por delitos graves, en donde la violencia es una de las principales características, como serían los delitos de robo con violencia, lesiones, homicidio doloso, homicidio culposo, secuestro y delitos sexuales. Además, la reincidencia delictiva entre 2005 y 2009 aumento 17% (Bergman, Azaola y Magaloni, 2009). Se ha sugerido que el crimen violento es más severo que otras formas de actividad criminal debido al daño a la víctima, la pérdida de la

propiedad, así como la descomposición social progresiva (Dowden, 1999; Henderson, 1986).

En relación a las características de la población penitenciaria violenta que ha cometido crímenes serios, existe evidencia de que son pocos respetuosos de la autoridad institucional, frecuentemente violan las normas en los reclusorios, se asumen como víctimas dentro de la institución, se victimizan entre sí, muestran pobres habilidades en la toma de decisiones, tienen disminuida la autorregulación conductual y son conflictivos con la misma población interna. Usualmente el manejo que reciben es acentuar las medidas punitivas como el aislamiento o la reubicación en lugares de máxima seguridad sin recursos terapéuticos, lo cual contribuye al deterioro de su salud mental (Christodoulou, 2012, Yang, Kadouri, Révah-Lévy, Mulvey & Falissard, 2009). Recientes hallazgos sugieren que un número significativo de estos internos tienen características neuro-cognitivas y neuropsicológicas que complican los esfuerzos de tratamiento y repercute negativamente en su respuesta post-liberacional a través de la alta reincidencia delictiva y violenta (Fishbein y Sheppard , 2002; Henderson, 1986).

FACTORES PSICOSOCIALES DEL COMPORTAMIENTO VIOLENTO EN POBLACIÓN PENITENCIARIA Y NO PENITENCIARIA

Los factores psicosociales se refieren a las características psicológicas o atributos del individuo y a su ambiente social que contribuyen de manera importante a la iniciación, evaluación, evolución, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de la enfermedad mental (Valencia, Rojas y Villatoro, 1989) y de la conducta violenta (Smith y Waterman, 2006).

La detección de estos factores, marcadores o indicadores psicosociales y clínicos de la violencia son relevantes incluso para la clasificación (Fishbein, et al, 2006), y reducción de la sobre-estimación del riesgo de violencia en población penitenciaria (Hilterman y Pueyo, 2005).

Un ejemplo de lo anterior es la investigación realizada por Baker, Van Hasselt y Selter, (2008), quienes validaron la “Escala de Reacción a la Provocación de Novaco” (NAS) (instrumento que evalúa la ira y predice la conducta violenta) en población penitenciaria con el referente de que la ira tiene una función adaptativa, proactiva y protectora, pero en niveles elevados, en condiciones extremas e inadaptativas existe el riesgo de la presencia de conductas socialmente amenazantes, violentas y dañinas. Señalan que algunas de las consecuencias pueden afectar tanto la salud (en el caso de la ira contenida y reprimida) como a las relaciones interpersonales derivadas de la conducta, el homicidio sería la máxima expresión conductual y consecuencia de la ira, consecuencia cada vez más frecuente en contextos familiares, laborales, escolares, entre otros. Con base en lo anterior, los autores señalan que se ha vuelto una necesidad imperante el establecer mediciones confiables de la ira. Novaco, (1994), desarrolló el NAS debido a la carencia de instrumentos que exploren la naturaleza multidimensional de la ira como una experiencia subjetiva.

Baker, et al., exploraron las propiedades psicométricas del NAS en una muestra penitenciaria (1308 adultos; 959 hombres y 349 mujeres) de tres prisiones de Florida EUA para obtener datos normativos

adicionales. El NAS contiene 73 reactivos divididos en dos partes, la parte A contiene 48 reactivos que miden los tres dominios de la ira: cognitivo, actividad y conductual. La parte B contiene 25 preguntas que miden irrespeto al tratamiento, injusticia, frustración-interrupción, rasgos de molestia e irritaciones.

El NAS es un instrumento de auto-reporte que se basa en el supuesto teórico de que la ira es un estado emocional subjetivo, que implica la presencia de activación fisiológica y cogniciones de antagonismo, y es una causa determinante de agresión; los autores en mención investigaron la confiabilidad-consistencia interna e intra-correlaciones dominio-subescala y evaluaron la validez convergente y divergente del NAS usando diferentes mediciones de la ira, la deseabilidad social, y la personalidad; evaluaron sus dimensiones del factor usando procedimientos analíticos de factor. Los resultados indicaron que las escalas teóricamente derivadas de NAS demostraron tanto confiabilidad como validez en los grupos de internos. Además, las correlaciones entre el NAS y otras mediciones de ira fueron significativas. Se mostró que el NAS es una medición útil de la ira en población penitenciaria y puede ayudar en la identificación de áreas problema que pueden abordarse a través de la programación institucional. La predicción del NAS de la violencia y otros problemas de ajuste institucional es una aportación importante y se podría determinar su uso institucional en grupos específicos de población penitenciaria. Los autores del estudio señalan que su población fue limitada a unos cuantos delitos y recomiendan replicar el estudio con una muestra más amplia. Hubo diferencias entre hombres y mujeres en la parte B y la subescala de actividad, lo que sugiere cierta sensibilidad del NAS para discriminar a hombres y mujeres y podría evidenciar la mayor expresión emocional de las mujeres consistente con otros hallazgos.

En función de la necesidad de establecer factores que predicen la violencia en población penitenciaria, también se ha logrado establecer grupos de factores y pueden ser clasificados en históricos o estáticos en el sentido que no se modifican, también están los dinámicos o clínicos que son modificables en la medida que transcurre el tiempo o ante la exposición a tratamientos (Kemshall, 2001; Roehl, 2005).

La detección y confirmación de factores psicosociales dinámicos o clínicos asociados a la violencia, que discrimine a la población penitenciaria y normalizada, es una contribución a la técnica “actuarial” de la evaluación de riesgo de violencia, que hace énfasis en el registro continuo e histórico de factores de riesgo de conductas violentas y las combinan con las técnicas clínicas de identificación de la peligrosidad (Webster, Douglas, Eaves & Hart, 1995). Además, permite el diseño de instrumentos que se perfeccionan con base en el juicio clínico y se basan en el cuerpo acumulado de evidencia de factores asociados con la conducta criminal y violenta en estudios de seguimiento (Mcmurran, 1999; Harris, et al., 2002; Hanson, 2000).

De esta forma, en principio es viable y confiable que en delincuentes de alta peligrosidad se detecten características generales e individuales que ponen en riesgo la repetición de actos delictivos ya sean violentos o sexuales (Urbaniok, et al., 2006; Hanson & Bussière, 1998; Kubrin & Stewart, 2006; Langstrom & Grann, 2002; McSherry, 2004).

Así, la detección de estos factores es una de las más importantes y más frecuentes tareas requeridas de quien trabaja con delincuentes y puede ser útil para una gama de actividades que van desde la investigación hasta el manejo y tratamiento del delincuente (Kemshall, 2001). También es útil como elemento de juicio para valorar la emisión de permisos temporales, libertad condicional y selección de candidatos para salir de prisión de manera anticipada, entre otros (Hilterman & Pueyo, 2005).

Diferentes tipos de decisión de riesgo requieren la consideración de diferentes tipos de factores de riesgo. Las variables *estáticas* o históricas, como historia criminal, puede ser útil para la valoración de la reincidencia a largo plazo. Cuando el interés es el tratamiento, es necesario considerar factores de riesgo dinámicos o proximales, es decir, modificables (Kemshall, 2001;Roehl, 2005).

Así, las comparaciones entre población penitenciaria violenta y población normal mediante indicadores psicosociales, permitirá detectar aquellas características particulares que discriminan a estas

dos poblaciones. Se podrían agregar instrumentos sensibles para detectar poblaciones de alto riesgo de reincidencia violenta y así establecer medidas de prevención. Esos indicadores también contribuirían a evaluar las medidas de intervención en función de sus posibles cambios.

Existen, en efecto, hallazgos en la investigación que han identificado diversos indicadores psicosociales dinámicos asociados a una mayor expresión de la violencia en población penitenciaria que en población general, a continuación algunos ejemplos.

Arce, Fariña y Vázquez, (2010), diseñaron un estudio con la participación de 450 adolescentes hombres y mujeres, de los cuales 150 estaban cumpliendo una condena penal por diversos delitos donde la violencia era una de las principales características. Los participantes tenían edades entre los 14 y los 19 años, 88.7% (133) eran varones y 11.3% (17) mujeres. El segundo grupo estaba conformado por 150 adolescentes que presentaron comportamientos antisociales no delictivos, 48% (72) eran mujeres y 52% (78) varones, con edades entre los 14 y 18 años. El tercer grupo lo conformaban 150 adolescentes que pertenecían a población escolarizada normal, de las cuales 50.7% (76) eran mujeres y 49.3% (74) varones, ambos grupos con edades entre los 14 y los 18 años.

El objetivo del estudio fue observar si la relación entre indicadores de competencia social (el uso de recursos ambientales y personales para alcanzar un desarrollo adecuado) y comportamientos antisociales no delictivos difieren en cuanto competencia psicosocial. Otro objetivo fue analizar si a dicha relación sigue un efecto de escalada, es decir, si el grado de conducta desviada o no (delictiva, antisocial y normativa) va ligado al grado de (in)competencia social. Finalmente buscó verificar la sintomatología clínica asociada a los comportamientos antisociales y delictivos.

Aplicaron: el Cuestionario de Autoconcepto Forma-A (AFA); el de inteligencia emocional, la Trait Meta-Mood Scale (TMMS); del Locus de Control, la escala de Rotter; la Batería de Socialización BAS-3; el Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI); la

Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS); el estado clínico, el SCL-90-R; y un inventario de comportamientos antisociales, (no penalizadas legalmente) y delictivos, sancionados legalmente (e.g. robos, amenazas), el Cuestionario A-D.

Los resultados ratifican la tendencia a la manipulación de respuestas tales como mentira y sobre-estimación en las poblaciones de menores antisociales y de reforma. La población de reforma carece de la habilidad para evaluar y expresar emociones o sentimientos, para identificar emociones y sentimientos experimentados por los demás y para controlar sus propias emociones. Los menores de poblaciones desviadas (antisocial y de reforma) participan de una desregulación emocional con más desajustes entre los menores de reforma (efecto de escalada). En resumen, el estudio evidenció una relación entre incompetencia social y comportamientos antisociales y delictivos, así como un efecto de escalada, en donde el grado de conducta desviada (delictiva, antisocial no delictiva y normal) se liga con el grado de competencia social.

En otro estudio, Smith, Waterman y Ward (2006), evaluaron a población penitenciaria y no penitenciaria para investigar la agresión al conducir vehículos mediante la consistencia conductual de la agresividad. Exploraron a los niveles de agresión, ira e impulsividad como predictores psicológicos de la agresión.

Aplicaron cuatro cuestionarios: el de agresión de Buss-Perry con 29 reactivos que registra sentimientos y conductas de agresión auto-reportada; la escala de impulsividad (BIS) de Barrat; que identifica agresión impulsiva en población penitenciaria, clínica y general; la escala breve de ira al conducir (DAS), que expone al respondiente a una serie situaciones al conducir relacionadas al grado de ira experimentada y el inventario de violencia al conducir (DVI) que consiste en un conjunto de conductas asociadas al enojo en el camino, en términos de la violencia percibida.

Participaron 473 conductores británicos de los cuales 185 eran estudiantes, 106 miembros del público y 182 internos en prisiones (82 hombres violentos y 100 mujeres no violentas). La población forense

registró consistentemente actos de agresión como menos severa comparada con otros conductores. Su atribución hacia la conducción violenta fue diferente a la de otros conductores, por ejemplo, valoraron la embestida al conducir como una respuesta de alta intensidad, mientras que los miembros del público general la calificaron como algo más grave.

Los niveles de rasgo de ira y agresión fueron los predictores de conducción violenta en todos los grupos, pero la conducta agresiva previa era sólo funcionó como predictor en los delincuentes. el sexo y la edad resultaron ser predictores de conducción agresiva en los no delincuentes mientras que los delincuentes tuvieron mayores puntajes de ira en conducción y agresión. Estos hallazgos sugieren que los delincuentes difieren en su percepción de los comportamientos agresivos experimentados en la conducción cotidiana lo cual probablemente los hace más propensos a cometer actos que otros conductores perciben como violentos.

Otro estudio comparó indicadores de violencia en población penitenciaria violenta y no violenta. Al no encontrar diferencias importantes, compararon población penitenciaria con no penitenciaria (Ross y Fontao, 2007). Al considerar que el rol funcional de la auto-regulación en las conductas violentas no es claro, retoman una teoría integral del proceso de auto-regulación: la Teoría de Interacción de Sistemas de Personalidad (PSI).

Esta teoría propone que hay 2 mecanismos facilitadores y 3 inhibidores de la conducta, los facilitadores incluyen: la auto-regulación, que compromete habilidades psicológicas aparentemente inconscientes y acciones relacionadas a la atención y control decisional, auto-motivación y manejo del estado de ánimo. El otro mecanismo es el auto-control, que sería accesible de forma consciente, con mecanismos asociados tales como planeación, control de impulsos, y toma de iniciativa.

Los inhibidores de la conducta serían: inhibición voluntaria, evitación voluntaria y auto-inhibición. Esta última se refiere a la dificultad para iniciar y mantener un estilo más o menos estable e intencional. Los

déficits en estos mecanismos se expresan en disminución de energía, apatía y propensión a la distracción. Sobre esta base investigaron la hipótesis de que los criminales violentos tienen más déficits en la auto-regulación y auto-control que los no violentos y evaluaron la auto-regulación y trastornos de personalidad en 70 criminales varones violentos y no violentos en 2 prisiones alemanas. La edad promedio de los participantes fue de 35 años con desviación estándar de 10 años.

Aplicaron el cuestionario de componentes volitivos (VCQ) que evalúa 38 elementos funcionales de la auto-regulación en situaciones de frustración o de amenaza, así como su experiencia de auto-regulación, auto-control, auto-inhibición, inhibición volitiva y evitación volitiva, mediante 5 escalas de modos de *facilitación* e *inhibición*. Para identificar trastornos de personalidad aplicaron la versión alemana de la entrevista clínica estructurada para trastornos del DSM IV axis II (SCID-II). Los datos de autoinforme indican que el criminal violento no difiere del no violento, ni en los modos de *facilitación* ni en la *inhibición* de la autorregulación y autocontrol. En la variable de personalidad, los grupos fueron similares excepto en personalidad antisocial.

Sin embargo, al comparar los resultados con la muestra de hombres normales (n=122), apareados por edad, sin patologías, se encontraron diferencias en todas las variables de autorregulación pero no en autocontrol. Los criminales puntuaron más bajo en auto-regulación ($p < 0.05$), lo que indica que perciben sus habilidades para automotivarse, auto-activarse en situaciones estresantes y para controlar su atención y sus decisiones en medioambientes desafiantes como menos efectivas comparados con el grupo normal. También tienden a presentar la sensación de menos autodeterminación en sus acciones que la muestra normal.

Los criminales puntuaron más alto en auto-inhibición, son más propensos a experimentar emociones negativas, insistencia compulsiva ante el fracaso y activación de rigidez mental con desafíos conductuales. Los altos puntajes en auto-inhibición indican menos estrategias de afrontamiento ante el fracaso. La población penitenciaria también arrojó mayores puntajes en inhibición volitiva, por lo que son significativamente más propensos a distraerse de tareas conductuales y

a tener menos energía, iniciativa y concentración. Finalmente, el grupo de criminales tuvo mayor puntaje en evitación volitiva, lo que indica que, a diferencia del grupo normal, tienen mayor tendencia a evitar o desafiar tareas (displacenteras) impuestas por otros y a evitar esfuerzos. Con respecto al autocontrol, los criminales violentos y no violentos fueron similares y el tratamiento para mejorar estas capacidades sería probablemente útil para ambos grupos.

Otro estudio examinó los antecedentes relacionados a las diferencias de género en la conducta agresiva. En principio, en efecto se ha documentado que las mujeres son menos agresivas que los hombres y describen evidencia de una amplia gama de variables moduladoras que parecen influir en la conducta agresiva (Smith y Waterman, 2006). Señalan que la estructura cognitiva de las personas puede asumir un rol fundamental en la conducta agresiva, indistintamente del género

Por otra parte, señalan que existe evidencia que la impulsividad es un indicador claro que distingue confiablemente a la población penitenciaria de la población normal, aunque aclaran que varias investigaciones tienden a sesgar los estudios al eliminar casos de población normal con indicadores elevados de la violencia, lo que no permite identificar el nivel de violencia y agresividad en población sin antecedentes delictivos. Así, en su estudio incorporaron estudiantes como grupo de comparación y no como muestra normativa. Uno de sus objetivos fue establecer o conocer si las relaciones entre la agresión e impulsividad; creencias, actitudes y expectativas halladas en los delincuentes, también serían evidentes en individuos agresivos en una población no penitenciaria.

Establecieron un perfil con información auto-reportada de una muestra penitenciaria o forense y una muestra estudiantil, que integrara información sobre creencias acerca de la agresión, niveles auto-reportados de agresión e impulsividad, además de auto-reportes de la frecuencia, tipo y duración de episodios agresivos experimentados en los pasados seis meses. Hipotetizaron que los ofensores (población penitenciaria diferenciada por género y antecedentes en reclusión por un delito violento o no violento) mostrarían diferencias sustantivas en sus auto-reportes comparados con la población no-penitenciaria. Los

elevados niveles de impulsividad estarían asociados a todos los marcadores de violencia (ira/hostilidad, alta frecuencia de actos agresivos y la comisión de delitos más serios en los criminales).

Otra hipótesis del estudio fue que las diferencias de género mostradas en los instrumentos para la población penitenciaria con delitos violentos sería mínima debido a la sensibilidad de las escalas y las similitudes en los pensamientos, actitudes y atribuciones de individuos excepcionalmente agresivos.

Un total de 484 participantes formaron parte del estudio. Las mujeres participantes (n=255) con edades entre 15 y 49 años (M=24.61, DE=6.75) y los hombres (n=229) con edades entre 18 y 49 años (M=25.61, DE=7.49). De éstos, 114 fueron estudiantes hombres (M=22.69, DE=5.02), 122 mujeres (M=22.22, DE=.86), 115 hombres criminales (M=27.89, DE=8.31) y 113 mujeres criminales (M=26.80, DE=6.79). La población penitenciaria fue de tres prisiones en el Norte de Inglaterra y los (as) estudiantes de la Universidad de Leeds en Reino Unido.

La población penitenciaria se dividió en violenta y no-violenta en función de su historia criminal (delito por el que cumplían sentencia). De las mujeres, 66 fueron clasificadas como violentas y 67 no-violentas. Los hombres, 57 violentos y 58 no-violentos. Los crímenes violentos incluyeron asesinato, robo, lesiones, incendio intencional y violación. Los crímenes no-violentos incluían venta de droga, faltas al conducir y delitos contra la propiedad.

Todos participantes contestaron la versión adaptada del cuestionario revisado de agresión expresiva (EXPAGG) (80 reactivos, 40 de ellos evaluados mediante escala tipo Likert de 5 puntos; el componente instrumental y expresivo, cada uno comprenden 20 preguntas). El Cuestionario de Agresión de Buss-Perry es un instrumento de 29 reactivos que registra las emociones auto-reportadas y conductas, con cuatro sub-escalas: agresión física, agresión verbal, ira y hostilidad que conformarían los componentes conductuales, afectivos y cognitivos de la conducta agresiva.

El Cuestionario de Agresión (AQ) es un instrumento validado psicométricamente que diferencia de modo confiable a individuos agresivos en muestras normales, forenses y clínicas, todos los reactivos se evalúan usando una escala Likert de 5 puntos y la Escala de Impulsividad de Barrat (BIS), intenta identificar individuos agresivos impulsivos en población forense o penitenciaria, clínica y general, identifica tres componentes de la impulsividad; un componente *ideomotor* definido como “actuar sin pensar” (impulsividad motora); un componente de *planeación cuidadosa*, definido como “pone atención a detalles” (impulsividad cognitiva) y un componente de estabilidad de afrontamiento definido como “orientación hacia el futuro” (impulsividad carente de planeación). El instrumento consiste de un cuestionario de 30 reactivos y se evalúan con una escala Likert de cuatro puntos.

También utilizaron el cuestionario de actos agresivos (AAQ), escala diseñada para evaluar la agresión reactiva (impulsiva) y la agresión proactiva (premeditada), con 22 reactivos en una escala Likert de cinco puntos que registra el número y tipos de actos agresivos en un periodo de seis meses. Las preguntas generan marcadores sobre cuatro factores: agresión impulsiva, agresión premeditada, estado de ánimo o humor y agitación.

Los ofensores violentos tendieron a reportar más actos recientes violentos que los ofensores no violentos y que los estudiantes. Tanto los ofensores violentos y no violentos citaron más instancias de violencia que los estudiantes. Los ofensores mostraron mayor impulsividad motora que los estudiantes, los ofensores violentos reportaron mayor impulsividad cognitiva que los ofensores no violentos y que estudiantes. Los estudiantes fueron más premeditados en sus actos referidos que la población penitenciaria tanto violenta como no violenta. Los ofensores violentos presentaron más alteración emocional previa a los eventos violentos que los ofensores no violentos o los estudiantes.

Los ofensores violentos, tanto hombres como mujeres resultaron mientras más agresivos(as) que los estudiantes. Los ofensores no violentos reportaron involucrarse en actos físicos de agresión y

mostraron niveles similares de agresión e impulsividad. Las experiencias previas de agresión y niveles altos de ira e impulsividad fueron los mejores predictores de la conducta agresiva más que el sexo. El sistema de creencias relacionado con el uso de la violencia parece permanecer a pesar de que ya no se cometen delitos (en prisión), aspecto que también puede estar asociado al reforzamiento de este sistema de creencias en los contextos penitenciarios.

Los resultados de esta investigación sugieren que las diferencias de sexo en las mediciones de auto-reporte (en las dimensiones cognitivas, afectivas y conductuales) en población forense o penitenciaria puede ser menos clara, sin punto de corte bien definido, contrario a lo que convencionalmente se suele suponer, particularmente en individuos agresivos.

Los hallazgos de este estudio han sido consistentes al mostrar que la población penitenciaria tiene mayor dificultad en la regulación conductual y que se puede asociar con un mayor deterioro de la salud mental, en contraste con los estudiantes. Un dato curioso es que los estudiantes reflejaron mayor agresión proactiva que la penitenciaria, lo que podría indicar que esta población tiene mayor capacidad de autorregulación y quizá maneja su hostilidad mediante esta forma de agresión. Los puntajes en los indicadores de violencia revelaron que la población penitenciaria no es homogénea, las características en los indicadores de violencia difieren entre los que tienen historial delictivo violento y los que no.

Una limitación de este estudio es que, al no aparear por características sociodemográficas a la población no-penitenciaria con la penitenciaria, el factor educacional, cultural y la edad, pudieron influir de forma importante en los indicadores y expresión de la violencia, más que el hecho de que sea una población sin antecedentes criminales. Otro factor que puede ser un límite en el estudio, fue la carencia de registro de sus historiales delictivos y su desarrollo institucional, que aportarían elementos importantes de su historia conductual, violenta o delictiva y ayudaría a establecer grupos con más factores en común y seguramente la relación sería más sensible con los marcadores de violencia.

No obstante, este es un estudio referente para esta investigación, ya que se compara a población penitenciaria con población normal, pero en la presente investigación apareamos a los grupos por factores socio-demográficos y culturales.

Otro factor clínico relevante en el fenómeno de la violencia, de acuerdo a los hallazgos en la investigación, es que existen bases biológicas y neuronales asociadas a la conducta violenta que pueden jugar un rol importante en la clasificación, diagnóstico y tratamiento de personas violentas con historial criminal.

CARACTERÍSTICAS NEUROPSICOLÓGICAS DEL CRIMINAL VIOLENTO

Comúnmente al fenómeno de la violencia se le visualiza como un problema basado en procesos psicosociales (Lipsey, 2007). Sin embargo, un amplio cuerpo de conocimiento derivado por hallazgos en la investigación, han puesto en manifiesto alteraciones neuro-cognitivas en personas caracterizadas por sus comportamientos violentos y criminales, lo que ha llevado a que actualmente se asuma más como un proceso biopsicosocial (Fabian, 2010).

Algunos autores han propuesto que si bien no toda la población penitenciaria suele presentar déficits neuro-cognitivos, una proporción importante de ella tiene un patrón de deterioro cortical en áreas asociadas al funcionamiento ejecutivo, a la vez que, en sentido proporcional ésta población puede ser mayor que la población general (Mullin y Simpson, 2007).

De acuerdo a autores como Arias y Ostrosky, (2008); Fishbein y Sheppard, (2006, 2009); Herrero, Escorial y Colom (2010); Hoppenbrouwers, et al. (2013); Marceau, (2008); Riggs, et al. (2006) y Yechiam, et al. (2008), el delincuente violento con personalidad antisocial y psicopática presenta déficits neuro-cognitivos y neuro-conductuales específicos. Estos incluyen la inhibición conductual, déficit en las habilidades para tomar decisiones, conductas orientadas a metas, sensibilidad a las consecuencias de sus propios actos, la actualización de la información y la regulación cognitiva y emocional.

Socialmente muestran una inadecuada interpretación del contexto, perciben situaciones neutrales como amenazantes, tienen necesidad imperante de satisfacción inmediata, incapacidad de valorar las consecuencias de la toma de sus decisiones, reacción impulsiva y desproporcionada ante la percepción de provocación real o imaginada, expresión emocional sin concordancia con el contexto social, dificultades para involucrarse afectivamente, insensibilidad al sufrimiento ajeno, dificultades para reflexionar, analizar y solucionar situaciones problemáticas, entre otras.

Estas características de la regulación cognitiva, conductual y emocional se asocian a la comisión de delitos violentos, a las reincidencias en prisión o post-liberacionales y en el desempeño, compromiso y respuesta a los tratamientos correccionales (Fishbein & Sheppard, 2006; Ross & Hoaken, 2011; Yechiam, et al., 2008).

Las características cognitivas de los criminales están asociadas a los déficits en las funciones psicológicas superiores, particularmente en las funciones ejecutivas (Barrat, et al, 1997, 1999; García-Molina, 2008; Giancola, 2008; Gorenstein, 1982; Herrero, Escorial & Colom, 2010; Mullin & Simpson, 2007; Navas & Muñoz, 2003).

Varios hallazgos en la investigación asocian el posible origen de los déficits cognitivos y conductuales del criminal violento a alteraciones funcionales y estructurales del cerebro, producto de diversos tipos de factores de riesgo que incluyen factores genéticos, prenatales, psicosociales y medioambientales (Fabian, 2010). Los factores heredados y prenatales pueden incluir alteraciones genéticas, temperamento y la exposición a tóxicos en fase prenatal (Fishbein & Sheppard, 2006, 2009). Entre los psicosociales y medioambientales se incluyen pobreza, desnutrición, traumatismos craneoencefálicos, estresores psicosociales, privación sensorial/emocional, abuso de drogas, y disfunción familiar (Blair & Cipolotti, 2000; Chugani, et al., 2001; Eluvathingal, et al., 2006; Fabian, 2010; Fishbein & Sheppard, 2006; Lee & Hoaken, 2007; Raine, et al., 2002; Sohlberg & Mateer, 1989; Volavka, 1999; Wood, et al., 2006). Estos factores parecen afectar el desarrollo de las funciones neuropsicológicas de orden superior y sus correlatos biológicos, corticales, subcorticales y bioquímicos (sistema límbico, circuitos prefrontal-límbico, vías de neurotransmisión dopaminérgicas, serotoninérgicas, entre otros.) (Barrat, 1997; Eluvathingal, et al, 2006; Fishbein & Sheppard, 2006; García-Molina, 2008; Giancola, 2008; Giancola, Josephs, Dewall & Gunn, 2009; Godlaski & Giancola, 2009; Gorenstein, 1982 y Riggs, et al, 2006).

Para el desarrollo del cuerpo de conocimiento de la asociación entre comportamiento criminal y neurocognición, ha sido fundamental la investigación de los factores, indicadores o marcadores psicosociales y

clínicos asociados a la violencia y su relación con el funcionamiento neurocognitivo de las personas en alto riesgo de violencia y criminales violentos.

Numerosos estudios de caso con técnicas de neuroimagen como la Resonancia Magnética (RM), Tomografía Axial Computarizada (TAC), Tomografía por Emisión de positrones (PET) y Tomografía Computarizada por Emisión de Fotón único (SPECT), junto con datos obtenidos mediante Electroencefalograma (EEG), Potenciales evocados (PE); perfiles Neuroquímicos y Neuropsicológicos, han puesto de manifiesto la existencia de anomalías estructurales y funcionales en los lóbulos temporales y los lóbulos frontales de diversas muestras de sujetos criminales violentos, psicópatas e impulsivos (Barrat, et al., 1997, 1999; Berlin, et al., 2004; Blair & Cipolloti, 2000; Brower & Price, 2001; Cools, et al., 2005; Chen, et al., 2007; Critchley, 2005; Fabian, 2010; Gatzke-Kopp, et al., 2001; Gil-Verona, et al., 2002; Hazlett, 2000; Heimsa, et al., 2004; Hommel, 2003; Jurado & Junqué, 1996; Kronenberger, et al., 2005; Lara-Tapia, 2005; Minzenberg, 2006; Moya-Albiol, 2004; Oquendo, et al., 2005; Oliveira-Souza, Hare, Bramati, Garrido, Ignacio, et al., 2008; Peterson, et al., 2007; Pietrini, et al., 2000; Pineda, 2000; Pridmore, et al., 2005; Raine, et al., 2000, 2001, 2002; Redding, 2006; Sánchez-Navarro & Roman, 2004; Schiffer, et al., 2006; Wood, et al., 2006; Volavka, 1999).

Los hallazgos sugieren, incluso, que el déficit de las funciones ejecutivas puede aumentar la probabilidad de conducta agresiva subsecuente (Brower & Price, 2001; Fishbein & Sheppard, 2006, 2009).

En un estudio que comparó la concentración de materia gris en regiones del cerebro asociadas a la conducta moral (áreas fronto-temporo-límbico), mediante la técnica de morfometría basada en voxels optimizada. Se trata de un método en vivo de análisis volumétrico regional que reduce sesgos asociados a definiciones arbitrarias de límites anatómicos pues valora diferencias cuantitativas observadas. El estudio incluyó 15 pacientes psiquiátricos en comunidad (ocho hombres y siete mujeres), algunos diagnosticados con Trastorno Antisocial de la Personalidad, sin evidencia clínica de deterioro neurológico, sin antecedentes en reclusión penal/legal (para

minimizar los efectos confusores de la institucionalización), presentaban alta psicopatía disgnosticada con la Escala de Psicopatía en su versión breve (PSV: SV) y 15 personas voluntarias saludables como grupo control (ocho hombres y siete mujeres sin antecedentes psicopatológicos). Ambos grupos fueron apareados por género, edad, educación, estado cognitivo global, funcionamiento ejecutivo y lateralidad (Oliveira-Souza, et al., 2008).

Los resultados mostraron que las personas de alta psicopatía tuvieron un patrón decreciente de materia gris en regiones paralímbicas, así como en la corteza prefrontal, con predominancia del hemisferio izquierdo y el surco temporal superior tanto izquierdo como derecho. Desde una dirección rostro-caudal, las estructuras anormales incluyeron ambos hemisferios de la corteza prefrontal, la corteza orbito-frontal medial izquierda, ambos hemisferios con predominancia izquierda de la corteza orbitofrontal postero-lateral, la corteza temporal anterior izquierda, bilateralmente con predominancia derecha la ínsula medial anterior y también bilateralmente la región del surco temporal superior medio y posterior (véase la Figura 1).

El mejor predictor del decremento regional de materia gris fue el puntaje del Factor 1 en la escala de Psicopatía Breve (factor relacionado con la dimensión interpersonal que suele incluir locuacidad, agradable, superficial, mentiroso; manipulador y también con la dimensión afectiva, como sería pobre empatía, poca profundidad en los afectos y dificultad para involucrarse afectivamente). La principal magnitud del decremento de materia gris se observó en la corteza prefrontal izquierda ($r=-0.67$) y derecha ($r=-0.64$), el tercio posterior del giro recto, es decir, la corteza orbito-frontal posterior medial/corteza subgenual ventral ($r=-0.65$) y derecha ($r=-0.58$) y en la región del surco temporal superior izquierda ($r=-0.69$) (véase la Figura 2).

Varias de estas estructuras se relacionaron inversamente con el Factor 2 en la escala de Psicopatía Breve (asociado a la desviación social como impulsividad, estilo de vida irresponsable y persistente violación de las normas sociales). No se observaron efectos significativos para los resultados del factor 2.

- **Figura 1.** Datos de neuroimagen que muestran reducción de materia gris en pacientes psicópatas

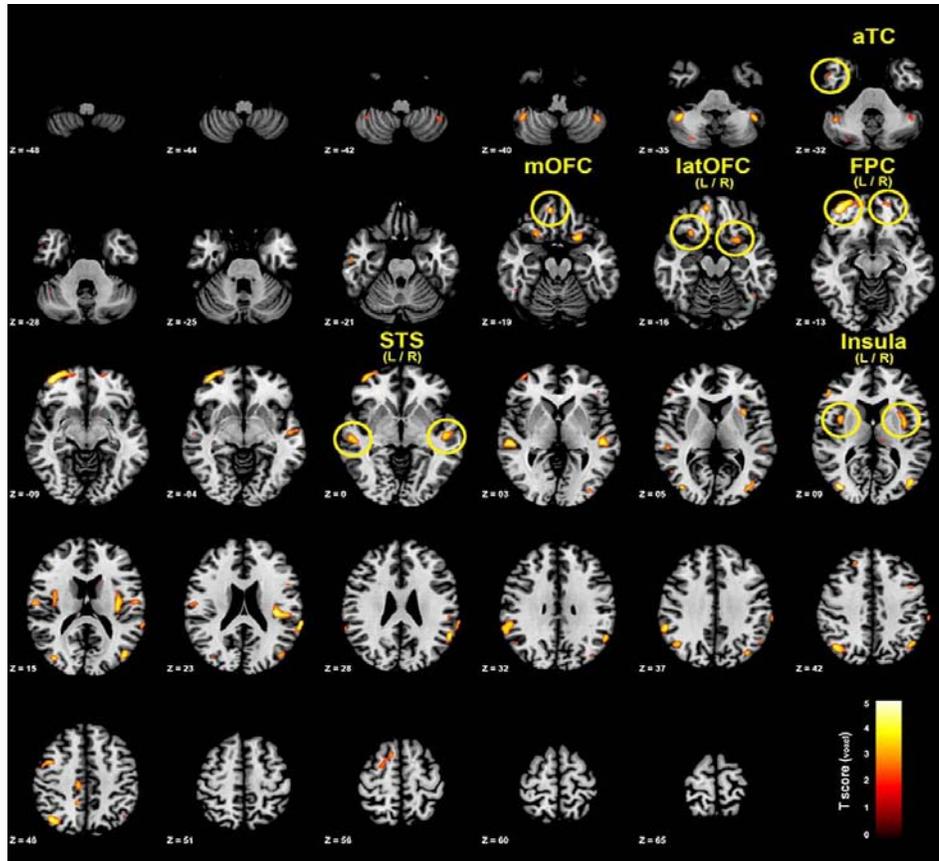


Figura 1. Regiones cerebrales que muestran reducciones en materia gris en pacientes con alta psicopatía comparados con voluntarios saludables. Los resultados se presentan en $p > .005$ (sin corregir) para todo el cerebro, con un umbral de conglomerado de 5 voxeles. Unas regiones previas de interés que adicionalmente sobrevivieron a una pequeña corrección de volumen para múltiples comparaciones son destacadas, y fue incluida la corteza temporal anterior (CTA), corteza orbitofrontal medial (COFM), corteza orbitofrontal lateral (COFL), corteza frontopolar (CFP) y la región del surco temporal superior (STS). Adaptado de "Psychopathy as a disorder of the moral brain: Fronto-temporo-limbic grey matter reductions demonstrated by voxel-based morphometry" por Olivera-Souza, et al, 2008, *NeuroImage*, 40, p. 1202-1213.

Figura 2. Datos de neuroimagen que muestran reducción de materia gris correlacionada con el factor 1 de la psicopatía

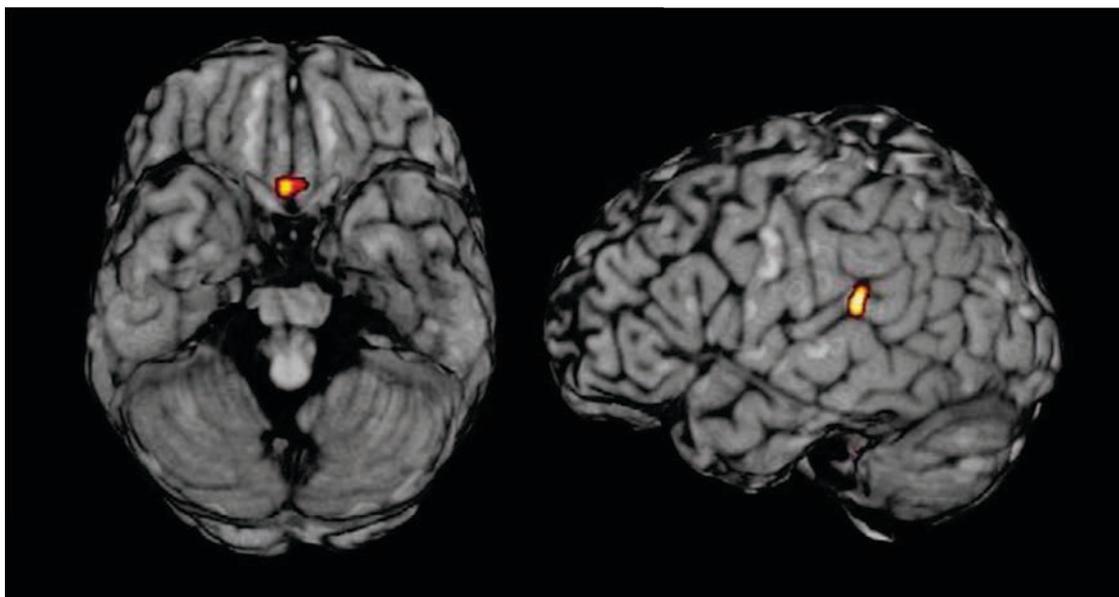


Figura 2. Imagen tri-dimensional que muestra la reducción en regiones de materia gris correlacionada con el Factor 1 de la psicopatía (dimensión interpersonal/afectivo) en pacientes con elevados puntajes en psicopatía. La visión lateral del panel derecho muestra los efectos en la región del Surco Temporal Superior, mientras el panel izquierdo muestra los efectos en el córtex orbitofrontal/subgenua (efectos "residuales" de corrección por comparaciones múltiples). Los efectos en la Corteza Prefrontal no son visibles en ésta proyección. Adaptado de "Psychopathy as a disorder of the moral brain: Fronto-temporo-limbic grey matter reductions demonstrated by voxel-based morphometry" por Olivera-Souza, et al, 2008, *NeuroImage*, 40, p 1202-1213.

Este estudio se suma al cuerpo de conocimiento en la relación entre lo que se ha denominado personalidad violenta y el compromiso estructural y funcional de regiones prefrontales del cerebro, implicadas en la regulación de la conducta social/moral. Por otra parte, La relación de la función anormal de la corteza orbito-frontal y la psicopatía, de acuerdo a la inferencia de diversos estudios, han mostrado que la psicopatía está relacionada a déficits en la identificación de olor y control conductual, por ejemplo: tareas cognitivas *Go/No Go*, (laberintos), incluso en la ausencia de tendencias perseverantes. Estos hallazgos permiten contrastar la evidencia de la psicopatía adquirida, que generalmente se asocia a alteraciones en la región Orbito-frontal y Ventro-medial. El hallar alteraciones en regiones laterales y mediales llevaría a cuestionar si estas alteraciones influyen en otras funciones dentro del constructo de psicopatía-

violencia o sólo acentúan los síntomas y manifestaciones de las lesiones orbitales ventro-mediales de la psicopatía adquirida.

Una revisión documental acerca de la etiología multicausal de la violencia y su asociación con la patología del desarrollo neuropsicológico de las personas criminales violentas (Fabian, 2010) señala que es importante la categorización del tipo de violencia, pues se pueden diferenciar dos tipos identificables:

- La violencia instrumental, asociada al constructo de psicopatía, suele ser premeditada, con alevosía, de sangre fría, generalmente se ejecuta con el fin de obtener algo a cambio.
- La agresión reactiva, que es más bien impulsiva, la persona no considera las consecuencias, generalmente se activa ante una situación de provocación con respuestas conductuales violentas desproporcionadas.

De acuerdo a Fabian, ambas tienen correlatos neuropsicológicos diferenciados. La agresión reactiva se relaciona con un sistema subcortical-prefrontal como en el caso de baja actividad en la región prefrontal derecha e izquierda, elevada actividad subcortical del hemisferio derecho y baja actividad subcortical/prefrontal del hemisferio derecho, alteración de la corteza prefrontal orbital y medial. Las estructuras subcorticales involucradas incluirían ganglios basales, amígdala, sistema límbico, mesencéfalo, hipocampo y tálamo. En esencia, la agresión reactiva se asocia a la respuesta de ataque ante una percepción de amenaza mediada por el sistema subcortical.

La agresión instrumental es una conducta motora dirigida a una meta e involucra un sistema que incluye la corteza temporal y neuronas corticales estriadas y pre-motoras para implementar la conducta. La amígdala y corteza orbitofrontal ventral están involucradas en el aprendizaje de conductas particulares distinguiendo si son adecuadas o no para mejorar una meta.

Estos estudios también señalan que la evidencia de la disfunción o alteración estructural en regiones prefrontales es mayor en la agresión

de tipo reactiva que con la premeditada, instrumental o predatoria, así como con personas que tenían un historial criminal, delictivo y ampliamente violento.

Los hallazgos también revelaron que un fuerte predictor de conductas violentas y criminales en adultos es el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) ocurrido durante la infancia, trastorno que también se asocia con la disfunción de estructuras cerebrales participantes en el funcionamiento ejecutivo. Incluso se menciona que adultos criminales perduran con características cognitivas y conductuales del TDAH. El autor señala que este cúmulo de evidencia ha contribuido a que las técnicas específicas de neuroimagen y neuropsicológicas resulten indicadores confiables de detección de conducta violenta y homicida en disciplinas legales.

Otros estudios asocian al área dorsolateral izquierda con un aspecto de la psicopatía, específicamente al factor II, que es de la desviación social o también la denominada psicopatía secundaria que suele incluir impulsividad y desinhibición conductual (Hoppenbrouwers, De Jesús, Stirpe, Fitzgerald , Voineskos, et al., 2013). En el estudio usaron estimulación magnética transcraneal combinada, técnica que genera campos magnéticos que viajan a través del cráneo y cuantifica la función de neurotransmisión inhibitoria GABAérgica asociada a la memoria de trabajo de las áreas prefrontales dorsolaterales. También usaron electroencefalografía para comparar la fisiología inhibitoria y excitatoria de la corteza prefrontal dorsolateral. Participaron 13 criminales psicópatas preliberados en Casas de Medio Camino en Toronto, Canada (media y DE de edad = 34.2, 9.2) y 15 sujetos saludables jóvenes (media y DE de edad = 34, 9.9).

La ejecución de la memoria de trabajo se evaluó con la prueba de secuencia-número, en la cual el participante lee una lista de números y letras aleatorias en voz alta a quien luego se le pide que repita los números y letras. Los caracteres se presentan alternadamente y se incrementa la dificultad en bloques de ensayos. Los resultados mostraron que los criminales psicópatas tienen déficits en la inhibición pero no en la excitabilidad en la corteza prefrontal dorsolateral, condición que acompañó a déficits en la ejecución de la memoria de

trabajo. En los controles saludables y criminales psicópatas la ejecución de la memoria de trabajo correlacionó con el grado de inhibición en la corteza prefrontal dorsolateral. Los hallazgos sugieren que los psicópatas sufren de disfunción en la neurotransmisión inhibitoria en la corteza dorsolateral y deterioro en la memoria de trabajo, lo cual explicaría el deterioro conductual asociado.

Otros autores han señalado la necesidad de caracterizar adecuadamente la población violenta y criminal para comprender el fenómeno de la violencia y desarrollar tratamientos efectivos (Arias y Ostrosky-Solís, 2008). Describen tres tipos clínicos comunes de violencia: La agresión impulsiva, la premeditada y el Trastorno de Personalidad Psicopática. Como se ha señalado, la agresión impulsiva, en general se refiere a una serie de actos no planeados, espontáneos, fuera de proporción ante un evento considerado provocador, presentan en un estado de agitación usualmente precedida por la ira, y generalmente manifiestan “pesar” después del acto. En contraste, la agresión premeditada, predatoria o proactiva se caracteriza por actos planeados, controlados y sin contenido emocional definido. El Trastorno de Personalidad Psicopática abarca dos principales factores diferenciados: el deterioro de la afectividad y de las relaciones interpersonales, por un lado, y el estilo de vida antisocial e inestable, por otro. En la práctica, esta concepción de la psicopatía se refleja en la Lista de Síntomas de Psicopatía de Hare (PCL-R) y sus escalas derivadas. La escala consta de dos grupos de rasgos o factores. El factor 1 refleja los componentes interpersonales y afectivos del trastorno, mientras que el 2 está más ligado a tener un estilo de vida socialmente desviado. Ambas clasificaciones consideran la relación entre los rasgos de personalidad y el desempeño neuropsicológico, particularmente de las funciones ejecutivas.

Llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo fue evaluar psicológica y neuropsicológicamente a un grupo de internos violentos de una Penitenciaría de la Ciudad de México y caracterizarlos clínicamente. En un primer estudio participaron 75 internos, de los cuales 50 caracterizados por ser violentos dentro y fuera de reclusión. Se les dividió en dos grupos, uno de Internos Impulsivos (n=25, edad M=31.72, DS=6.4 y escolaridad M=8.56, DS= 3.82); otro de Internos

Premeditados (n=25, edad M=35.64, DS=6.91 y escolaridad (M=9.88, DE=4.2) y 25 no internos sin historia de violencia y sin antecedentes legales penales, (n=25, edad M=33.32, DE=10.87) y escolaridad (M=11.28, DE=5.21).

En el segundo estudio 54 sujetos (no psicópatas vs. psicópatas) quienes completaron una entrevista semi-estructurada clínica y conductual que permitió obtener información para hacer uso de la Lista de Síntomas de Psicopatía Revisada de Hare (Hare, 1991). Los sujetos con puntuaciones mayores a 30 se clasificaron en el grupo de psicópatas (n=18, edad M=34.17, DE=8.51 y escolaridad M=10.28, DE=3.82). Los sujetos que puntuaron por debajo de 20 fueron considerados controles internos no psicópatas (n=18, edad M=33.06, DE=6.4) y escolaridad (M=10.33, DS=4.23) y controles no internos (n=18, edad M=34.17, DE=11.81) y escolaridad (M=11.11, DE=3.95).

Todos los sujetos fueron hombres entre 18 y 53 años de edad, hispanohablantes, convictos cuando menos dos años, confesos, no habían cometido delitos sexuales, con vista y audición normal y/o corregida, sin antecedentes psicopatológicos graves. Para evaluar la impulsividad se administró la Escala de Impulsividad de Plutchik, para agresión proactiva y el Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee, para las mediciones neuropsicológicas. También se usó la batería neuropsicológica Neuropsi atención y memoria (Ostrosky-Solís), que cuenta con datos normativos de 6 a 85 años. Incluye 27 subpruebas y permite obtener índices independientes de atención y memoria así como una puntuación global de atención y memoria, el puntaje total se expresa con una media de 100 y desviación estándar de 15. Finalmente se usó la batería de Funciones Frontales y Ejecutivas (Flores, Ostrosky-Solís, & Lozano) que incluye 15 subpruebas para monitorear el desempeño de tareas relacionadas con la integridad orbital, dorsolateral y prefrontal anterior, de ambos hemisferios cerebrales. Cuenta con datos normativos en población hispanohablante de entre 6 y 85 años de edad. Permite obtener un índice global del desempeño en la batería y un índice del funcionamiento de las tres áreas prefrontales evaluadas: corteza orbitomedial, dorsolateral y prefrontal anterior. Adicionalmente registra un perfil de ejecución en el cual se puede

observar gráficamente un resumen de las puntuaciones normalizadas correspondientes a cada una de las subpruebas.

Los resultados de estos estudios indicaron que las poblaciones violentas, independientemente de su clasificación, pueden diferenciarse psicológica y neuropsicológicamente de la población no violenta. En parte esto explicaría, para la población violenta, la dificultad para monitorear y controlar su conducta de forma adaptativa. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en las evaluaciones neuropsicológicas entre los grupos impulsivo y premeditados, mientras que al clasificarlos con el criterio de psicopatía, se encontraron diferencias significativas en distintos dominios cognitivos, particularmente en la inhibición, la toma de decisiones riesgosas sin la consideración de aprendizajes previos y la dificultad para acceder a sus emociones. A partir de los resultados plantean la necesidad de desarrollar tratamientos y/o programas de intervención específicos para cada forma de expresión de la violencia.

En otro contexto, se la señalado que los criminales se caracterizan por tener fallas para aprender de sus propias decisiones inadecuadas y reiteradas (Yechiam, Kanz, Bechara, Stout, Busemeyer, et al., 2008). Afirman que puede existir diferencias cognitivas asociadas a las conductas de elección entre los criminales dependiendo del tipo de delito y que su actividad cognitiva puede tener un perfil semejante a los adictos a drogas y de personas con daño en los sectores prefrontales del cerebro.

Estos autores exploraron la posibilidad de que el deterioro en los procesos psicológicos que son la base de la toma de decisiones: atención a ganancias versus pérdidas, la importancia de resultados recientes versus resultados pasados y del grado de consistencia positiva en la elección (determinista contra respuestas erráticas), podían explicar un patrón común de elecciones defectuosas entre diferentes tipos de criminales. Investigaron a criminales encarcelados por diferentes delitos: 81 criminales acusados de: robo (22), crímenes a la propiedad (4), crímenes sexuales (17), crímenes por droga (22), otros crímenes que incluyeron robo (6) y asalto/asesinato (10) y 18 controles apareados por genero, edad y educación. Los perfiles se contrastaron

con los resultados de estudios previos obtenidos de pacientes neurológicos con lesiones cerebrales focales en el cortex bilateral orbitofrontal y de adictos a la droga. Los participantes ejecutaron la versión computarizada del "Iowa Gambling Task", en esta prueba, a los participantes se les presentan cuatro grupos de cartas (etiquetadas A,B,C,D) y se les instruye a acumular el mayor dinero posible (real) tomando cartas de los grupos. A los grupos se les expuso a distintos tamaños y frecuencia de recompensas producidas por cada carta que elegían. En la versión computarizada de la tarea, las diferencias entre los grupos de cartas se incrementaron con el paso del tiempo. Específicamente, el promedio de respuestas positivas para grupos A y B se incrementaba por \$10 en cada bloque de diez ensayos mientras el promedio de pérdida se incrementaba por \$25. Para los grupos de cartas "*convenientes*", el promedio de ganancia se mejoraba por \$5 cada diez ensayos comparado con una pérdida de \$2.5 en promedio. La probabilidad de pérdida con grupos A y C también se incrementaba por 0.1 por cada bloque. El mínimo intervalo inter-ensayo fueron series de 0.5 segundos y el juego incluía 100 ensayos. A los participantes se les decía que algunos grupos de cartas eran peor que otras y que ellos debían evitarlas para ganar el juego.

Los hallazgos indicaron que mientras todos los grupos de criminales tienden a elegir desventajosamente (en términos de consecuencias para ellos), los perfiles fueron muy diferentes entre ellos. Los criminales por droga y delitos sexuales, suelen tener ganancias sobredimensionadas con respecto a las pérdidas, similares a los abusadores crónicos de cocaína. En cambio, los criminales por asalto/asesinato y robo tendían a tomar decisiones menos consistentes y centrarse en resultados inmediatos y fueron más similares a los pacientes con daño orbitofrontal. Así, el estudio propone de forma particular las características neuro-cognitivas funcionales y estructurales asociadas a la toma de decisión en población criminal y violenta.

Una limitación de este estudio fue la ausencia de la caracterización de la población penitenciaria por factores clínicos o indicadores de violencia. El tener como criterio para establecer subgrupos de criminales únicamente el tipo de delito es limitado, pues puede haber criminales que al momento del estudio estaban privados de su libertad

por delitos menores no violentos aunque hubieran tenido ya un historial delictivo extenso y violento, además de que podrían tener alta psicopatía. Esta consideración se abordará en el presente estudio.

Marceau, Meghani y Reddon (2008), examinaron los déficits neuropsicológicos en una muestra de criminales adultos. Administraron la batería de pruebas neuropsicológicas de Halstead-Reitana a 584 criminales adultos, 132 controles normales y 494 pacientes psiquiátricos agudos, de entre 14 y 44 años de edad. A partir de los resultados observaron deterioro neuropsicológico sustancial de manera particular en la actividad del área orbitofrontal del grupo de delincuentes y pacientes psiquiátricos, especialmente en las funciones ejecutivas y capacidades verbales.

Estos hallazgos apoyan la hipótesis de que los déficits ejecutivos y la desinhibición conductual de los delincuentes, representan posibles continuidades heterotípicas de disfunción cerebral entre algunos niños con desórdenes de conducta. Estos resultados serían relevantes para la neuropsicología aplicada al área forense y para la identificación temprana y la intervención en los niños de alto riesgo.

Otro estudio se planteó el objetivo de evaluar mediante tareas de reconocimiento facial-afecto a criminales violentos, criminales no violentos y controles; además de evaluar su funcionamiento ejecutivo y exploraron la relación entre esas dos mediciones (Hoaken, Allaby y Earle, 2007). Plantearon la hipótesis de que la relación entre el funcionamiento cognitivo ejecutivo y la agresión puede relacionarse a déficits en la codificación y niveles de interpretación de la información social en proceso.

Sus participantes consistieron en 20 criminales violentos, 20 no violentos y 20 controles. Los delincuentes cumplaban una pena en una institución de mediana seguridad del Sistema Correccional Canadiense y el grupo control se obtuvo mediante avisos e invitaciones alrededor del Campus Universitario de Dalhousie, la Universidad Occidental de Ontario y en tres comunidades cercanas. Para determinar si la población penitenciaria eran violentos se usó el criterio del tipo del delito por el cual estaban en prisión.

Para la función ejecutiva, se utilizaron tareas de memoria de trabajo y una tarea de reconocimiento facial-afecto. Las funciones ejecutivas se evaluaron mediante la tarea de Asociación Condicional No-Espacial (NCAT) y La Prueba de Memoria de Trabajo Concreto/Abstracto Sujeto-Ordenado. Para la tarea NCAT se usó una computadora analógica. A los participantes se les presentó un rectángulo coloreado y una secuencia de 2x3 de seis imágenes abstractas que podían fácilmente distinguirse pero no fácilmente nombrarse, a los participantes se les pidió aprender cuál de las seis imágenes se asoció con cada uno de los seis colores. Ejecutando de forma continua hasta 18 ensayos correctos consecutivos, o un total de 180 ensayos.

Esta prueba valoró la formulación de estrategias y aprendizaje asociativo y generó evidencia de que durante la ejecución de esta tarea hay activación de la corteza prefrontal dorsolateral. Otras variables dependientes relevantes fueron el número de errores cometidos y número de ensayos requeridos. La *Prueba de Memoria de Trabajo Concreta Sujeto-Ordenado* se aplica en una computadora analógica e incluye 12 reactivos con dibujos representacionales auto-ordenados en una tarea en que se le asignan puntajes. A los participantes se les hicieron 12 presentaciones subsecuentes en una secuencia 3x4 de objetos comunes. La localización de los objetos en la pantalla cambiaba con cada presentación. A los participantes se les pedía puntuar a un objeto diferente con cada presentación y no se les permitía puntuar la misma localización más de dos veces en una misma fila. El grupo de 12 reactivos se les presentó tres veces. El número total de errores a través de las tres administraciones constituían las mediciones dependientes.

La Prueba de Memoria de Trabajo Abstracta Sujeto-Ordenado, cuenta con el mismo procedimiento de aplicación y evaluación de la tarea anterior, pero en lugar de presentar objetos comunes, se les presentan imágenes abstractas fáciles de distinguir pero difíciles de nombrar. Los autores reconocen que las funciones ejecutivas incluyen un constructo amplio y que estas tareas sólo cubren un espectro limitado aunque se las considera entre los medios más válidos para la evaluación de estas funciones.

La Tarea de Reconocimiento Facial-Afecto, es una tarea que se realiza en computadora, comprende el reconocimiento emocional en estímulos faciales presentados a los participantes. Cada estímulo facial se presenta durante dos segundos en el centro de la pantalla con seis cuadros en la parte inferior de la misma, éstos contenían el nombre de seis emociones. El estímulo facial adopta la expresión de siete emociones: felicidad, sorpresa, tristeza, miedo, ira, asco y neutra. En la pantalla, sin embargo, sólo aparecen seis opciones de respuesta donde "neutra" no es una de ellas. Esto permite valorar si existen diferencias entre grupos respecto de cómo los participantes interpretan esta expresión cuando se les fuerza a escoger alguna respuesta. El programa aleatorizaba la presentación de las expresiones faciales emocionales para cada ensayo individual. La variable dependiente para la tarea fue el número de respuestas incorrectas al estímulo no neutral y la respuesta al estímulo neutral.

A pesar de que los autores intentaron contar con un grupo control homogéneo respecto de la población penitenciaria, éste resultó más joven y con mayor escolaridad: el promedio de edad del grupo de internos violentos 34.7 años (DS=12.8) y los años de escolaridad promedio fue 9.47 años (DS=2.32); el promedio de edad del grupo de internos no violentos 32.9 años (DS=10.81); y los años de escolaridad promedio fue 10.25 años (DS=1.91). Para el grupo control el promedio de edad fue 25.2 años (DS=9.09 años) y los años de escolaridad promedio fue 12.67 años (DS=1.63).

Ambos grupos de criminales ejecutaron deficientemente de forma significativa en las mediciones del funcionamiento ejecutivo en comparación con el grupo control. Los delincuentes violentos se desempeñaron significativamente más deficiente en la tarea de reconocimiento facial-afecto que los otros dos grupos. Además, los marcadores en estas mediciones correlacionaron significativamente con déficits ejecutivos y dificultades agudas en la interpretación facial-afecto. Los hallazgos se asocian al hecho de que la población penitenciaria tiene más dificultades para la resolver problemas de forma adaptativa, flexible, evaluando consecuencias y autorregulándose. Finalmente, los internos violentos reflejaron su historia hostil y violenta en la tarea de reconocimiento facial a diferencia de los

otros dos grupos. Los resultados sugieren que es importante incluir el reconocimiento facial en el espectro del funcionamiento ejecutivo.

Estos resultados además de fortalecer la premisa de que la población penitenciaria se caracteriza por presentar déficits ejecutivos, confirma la integración de la interpretación de las señales sociales en el espectro ejecutivo, aspecto de particular relevancia en el fenómeno de la violencia. No obstante, en general no deja de ser limitada la exploración de las funciones ejecutivas en estas poblaciones.

Otros estudios han buscado examinar la relación predictiva entre estrategias reflejadas en la *historia de vida (HV)*, funciones ejecutivas, actitudes y conductas socialmente antagónicas y la inteligencia general en población normal y población con antecedentes violentos y de alto riesgo de violencia (Wenner, Bianchi, Figueredo, Rushton y Jacobs, 2013). El propósito de este estudio fue presentar los resultados de un Modelo de Ecuación Estructural (SEM) para examinar las predicciones de la teoría de Historias de Vida enfocado en el rol central del Funcionamiento Ejecutivo (EF) en la activación y perpetuación de la desviación social.

Los autores proponen que la teoría de historia de vida, enmarcada en una perspectiva evolutiva, predice que las funciones ejecutivas, las actitudes y conductas socialmente antagónicas apuntan hacia un grupo interrelacionado y coherente de estrategias conductuales denominado estrategias de *historia de vida (HV)*, diseñadas para mejorar el éxito en un contexto reproductivo. En este sentido, la teoría de historia de vida señala que el desarrollo del individuo en un contexto hostil, caótico y desorganizado, donde la actividad del individuo es acelerada, sin evaluar consecuencias de sus decisiones, con la necesidad de resultados inmediatos estaría en concordancia con la necesidad de reproducirse a corto plazo con conductas frecuentes en vista de posibles amenazas ambientales y en el contexto de la necesidad evolutiva de preservar la especie (Historia de vida rápida). En contraste, un contexto seguro, que brinda confianza y cercanía emocional, favorece la actividad auto-regulada, con alta tolerancia a la frustración, alta capacidad de demora, con el beneficio de una retroalimentación de su conducta y la evaluación de sus consecuencias

de ésta. En este contexto, la necesidad reproductiva se distribuye a largo plazo y de manera más lenta (Historia de vida lenta).

Así, la teoría de estrategias de HV predice una relación positiva entre funcionamiento ejecutivo y estrategias de HV; una relación negativa entre actitudes y conductas socialmente antagónicas con estrategias de HV; las funciones ejecutivas median la relación de estrategias de HV con actitudes y conductas socialmente antagónicas. Las teorías tradicionales señalan las dificultades en el control de impulsos y déficits en las habilidades cognitivas incluyendo a la inteligencia, como factores de riesgo predominantes en la etiología y mantenimiento de la desviación social. Las funciones ejecutivas median de forma proximal la ejecución de las estrategias de HV, no completamente detectadas por mediciones del Coeficiente intelectual.

Este estudio también evaluó la relación de las estrategias de HV y el coeficiente intelectual con el funcionamiento ejecutivo, actitudes y conductas socialmente antagónicas para examinar la validez discriminante entre el coeficiente intelectual y el funcionamiento ejecutivo.

Como se mencionó utilizaron un Modelo de Ecuaciones Estructurales para examinar las predicciones de la Teoría de Historia de Vida, que se enfoca en el rol central del Funcionamiento Ejecutivo en la activación y perpetuación de la desviación social (como una estrategia en la HV).

Analizaron datos de 121 estudiantes (79 hombres y 43 mujeres) de una Universidad del Sureste de los Estados Unidos, con edades de entre 18 a 25 años ($M=18.89$, $DS=1.60$). Todos habían completado el grado 12 ("Junior College", equivalente al bachillerato en el sistema mexicano). La otra muestra consistió en 155 individuos participantes en un "programa de "Entrenamiento para empleo basado en comunidad", esta última representaría una población de riesgo para desviación social, sus edades oscilaban entre 18 a 25 años ($M=19.58$, $DS=1.6$). Estos participantes tenían nivel de escolaridad de octavo grado o superior (segundo de secundaria en México).

Para la evaluación de Estrategias de Historia de vida se usó la Batería de Historia de Vida Arizona (ALHB) que contiene 199 reactivos de indicadores cognitivos y conductuales de estrategias de HV. Incluye la versión breve Mini-K de estrategias de HV (20 reactivos), Planeación “*Insight*” y control (20 reactivos), Involucramiento Parental (26 reactivos), Apoyo Familiar (15 reactivos), Apoyo de amistades (15 reactivos), Altruismos hacia niños propios y familia (15 reactivos), Altruismo hacia Amigos (14 reactivos), Altruismo hacia la Comunidad (21 reactivos), Religiosidad (17 reactivos), Apego a la Pareja (36 reactivos)

Para la evaluación general de habilidades Cognitivas (CGA), Funcionamiento Ejecutivo (EF) y Auto-regulación Conductual (BSR) se usaron los siguientes instrumentos:

1. “*Shipley Institute of Living Scale*”, es un instrumento con 60 reactivos que evalúan la Actividad Cognitiva General, dividida en dos subtests (vocabulario y abstracción).
2. El Cuestionario Disejecutivo (DEX), evalúa una variedad de conductas claramente asociadas a las funciones ejecutivas mediante reactivos tipo Likert de cero a cuatro puntos.
3. Inventario de Marcador Conductual del Funcionamiento Ejecutivo Versión Adulto (*BRIEF-A*), es un instrumento de 75 reactivos del funcionamiento ejecutivo global.
4. Cuestionario de Funciones Ejecutivas (EFQ), es un instrumento de 36 reactivos que evalúa tres factores auto-reguladores: “Cambio” (11 reactivos), “Actualización” (12 reactivos) e “Inhibición” (13 reactivos).

Para la evaluación de 7 Actitudes Socialmente Antagonistas utilizaron los siguientes instrumentos:

1. Cuestionario de Conductas Impulsivas (IBQ), con 15 reactivos que evalúan la propensión a cometer conductas impulsivas.
2. Inventario de Personalidad Psicopática-Forma Breve (PPI-SF). Inventario con 56 reactivos que evalúa actitudes socialmente antagónicas.
3. Cuestionario de Toma de Riesgo (RTQ). Cuestionario con 20 reactivos es un instrumento que evalúa la toma de decisiones de riesgo y las actitudes hacia la toma de riesgo.

Para la evaluación de otras Conductas Antagonistas Socialmente se utilizaron los siguientes instrumentos:

1. Cuestionario de Experiencias de Vida Revisado (LEQ-R). Evalúa una amplia gama de conductas de riesgo, incluye: actividad sexual, beber alcohol, fumar, uso de drogas, manejo (de automóvil) irresponsable y juego (apostar).
2. Breve Formulario Delincuencia (D20). Una medición de conductas antagónicas con niveles de leve a moderada.
3. Prueba de Detección de Abuso de Drogas (DAST), Instrumento con 10 reactivos que evalúan el abuso de drogas.

Para la evaluación de los Sesgos de Respuesta Socialmente Deseable se usó la Escala de Deseabilidad Social Marlowe Crowne.

Los resultados indican que hubo efectos indirectos de la variable Estrategia de Historia de Vida Lenta (SLH) y Habilidad Cognitiva General (GCA) a través de Auto-regulación Conductual (BSR) pero no efectos directos significativos de Vida Lenta ni en Actitudes Socialmente Antagónicas (SAA) ni en habilidad cognitiva general o de *Conductas Socialmente Antagónicas (SAB)* en *actitudes* antagónicas. Los resultados también indican un efecto directo de la habilidad cognitiva general en conductas socialmente antagónicas que no ocurre a través de la autorregulación conductual (BSR). Este perfil de resultados implica que la autorregulación conductual media sólo parcialmente la asociación observada entre habilidades cognitivas generales conductas socialmente antagónicas; en cambio, la autorregulación conductual BSR provee una mediación total de las asociaciones observadas entre historia de vida lenta (SLH) y actitudes socialmente antagónicas SAA, así como entre historia de vida lenta (SLH) y conductas socialmente antagónicas (SAP) y entre actividades cognitivas generales (GCA) y actitudes socialmente antagónicas (SAA).

Los resultados apoyan la predicción de este estudio en el sentido de que el modelo mostró que tanto las estrategias de historia de vida lenta y la inteligencia, correlacionan positivamente con habilidades psicológicas específicas (bajo la categoría o rubro de Funciones Ejecutivas) y preferencias conductuales (actitudes socialmente

antagónicas) que correlaciona positivamente con conductas concretas (socialmente antagonistas). Los hallazgos que correlacionan positivamente las estrategias de vida lentas y sus funciones ejecutivas sugieren que esos participantes tienden a ser neurológicamente más maduros en términos de funcionamiento frontal que los de estrategias de vida rápida.

El estudio también muestra que la autorregulación vía funcionamiento ejecutivo media completamente las relaciones entre estrategias de historia de vida y tanto conductas como actitudes socialmente antagonistas. Esto sugiere que las funciones ejecutivas maduras previenen y “amortiguan” las conductas y actitudes socialmente antagónicas. Finalmente, como predijo al principio del estudio, no se detectó una relación entre la inteligencia general y estrategias de vida en contraste con la auto-regulación vía funcionamiento ejecutivo.

Como ha ocurrido en otros estudios, la escolaridad fue una variable que no se igualó en ambos grupos, en el estudio anterior, el grupo normativo tenía mayor escolaridad, un sesgo importante para comparar población violenta y normalizada. No obstante, los principales resultados son consistentes con otros, en el sentido que las funciones ejecutivas tienen un papel fundamental en la conducta desadaptativa y violenta. Más específicamente, la capacidad de autorregulación está fuertemente asociada con la impulsividad.

En otro contexto, algunos estudios destacan antecedentes que relacionan los déficits neuro-cognitivos ejecutivos y verbales en etapas tempranas del desarrollo con problemas de conducta, especialmente conducta antisocial persistente y crónica, que además es un factor de riesgo para la violencia en la etapa adulta (Enns, Reddon, Das y Boukos, 2007). Estos autores examinaron las funciones ejecutivas de 111 varones adolescentes criminales internos en la sección forense de un Centro Psiquiátrico. Su media de periodo de internamiento era de 1.5 años y estaban designados para evaluárseles en sentido psiquiátrico bajo la ley Canadiense federal de jóvenes infractores. Sus edades oscilaban de 12 a 19 años ($M=15.5$, $DS=1.44$) y se les diagnosticó de acuerdo a la cuarta edición del Manual Estadístico y Diagnóstico de Desórdenes Mentales (DSM-IV). La mayoría de estos internos exhibían

un historia de problemas de conducta más que alteraciones del pensamiento y la percepción, el diagnóstico modal fue “Desorden de Conducta” (96%, n=107). De ellos, 69 adolescentes reunieron los criterios para el diagnóstico de Desorden de Conducta con inicio en la infancia y 38 con inicio en la adolescencia, sólo nueve participantes no tenían antecedentes penales, 72 estaban internados por violar la orden de un juez, 79 por delitos relacionados a la propiedad, 34 por robo, 22 por portación de arma, 12 por robo a vehículo, seis por asalto sexual y cinco por homicidio. Conjuntamente, considerando las reincidencias delictivas, habían resultado convictos por 807 cargos, 338 fueron por delitos relacionados a la propiedad, 312 por violaciones a la orden de jueces, 61 por robo, 31 por portación de arma, 19 por robo a vehículo, ocho por homicidio y seis por asalto sexual.

La inteligencia se evaluó con las escalas Wechsler, con versiones adecuadas a la edad de los participantes. Para evaluar las funciones ejecutivas utilizaron el Sistema de Evaluación Cognitiva (CAS) que contiene 12 subtests que miden planeación, atención, procesos simultáneos y sucesivos. Algunos de los subtests son semejantes a pruebas comúnmente usadas para evaluar funciones neuropsicológicas. El subtest de conexiones planificadas se asemeja a la parte B del “*Trail Making*” (procedimiento usado para evaluar funciones del lóbulo frontal) y el subtest de atención expresiva es similar al test Stroop, usado para evaluar atención. Los tests simultáneos son predominantemente visual-espacial y los test sucesivos son auditivos, aunque ambos contienen reactivos verbales.

Los puntajes promedios generales de la escalas Weschler tuvieron diferencias estadísticamente significativas a la norma canadiense. El promedio de IQ verbal fue más bajo que la media IQ ejecución y la media IQ verbal fue significativamente más bajo que la norma Weschler. El efecto mayor ocurrió tanto para la escala completa como para el promedio de IQ verbal. El promedio del IQ de ejecución fue también significativamente más bajo que la norma. Los puntajes se distribuyeron de forma similar para el grupo de inicio en la infancia cuando se dividió la muestra por edad de inicio del trastorno o desorden de conducta. El IQ de la escala global y el IQ verbal para el

grupo de inicio en la adolescencia fue significativamente más bajo, en promedio, que las normas del Wechsler.

Los déficits significativos en el sistema de evaluación cognitiva (CAS) comparados a sus normas, fueron los promedios de Planeación, Atención y Procesamiento Sucesivo del total de la muestra. Los valores promedio para el grupo de activación en la infancia fue más bajo que los valores promedios reportados para la muestra entera en cada instancia con medias significativamente más bajas que las normas escala completa de IQ, Planeación, Atención y Procesamiento Sucesivo. Los valores promedio para el grupo de activación o inicio en la adolescencia fueron significativamente más bajos que las normas CAS para Planeación y Procesamiento Sucesivo.

En principio, tanto el grupo de inicio en la infancia como el de inicio en la adolescencia están igualmente en riesgo para que de, al largo plazo, incurran en conducta criminal y antisocial. Los autores reconocen lo limitado de las mediciones y sugieren auxiliarse de mediciones más sensibles de los procesos neuropsicológicos, para aportar un mejor entendimiento de las funciones ejecutivas y regulación verbal de la conducta en adolescentes en riesgo de comportamientos violentos.

Este estudio provee una dirección más de la utilización de la evaluación de las funciones ejecutivas e identifica déficits en funciones ejecutivas específicas independientemente de la edad de activación de conductas antisociales.

Otro estudio enfocado en las funciones ejecutivas y la conducta antisocial, tuvo el objetivo específico de comparar la ejecución de tres mediciones ejecutivas claves denominadas: “actualización”, “cambio” e “inhibición” de internos criminales y población normal para contribuir a la comprensión asociada a los principales factores subyacentes en la pobre ejecución ejecutiva de los criminales (Herrero, Escorial y Colom, 2010). Los autores incluyeron dichas funciones dado a que operacionalmente se definen de manera precisa y se las ha implicado en la ejecución de tareas ejecutivas muy complejas aunque convencionales: “actualización”, “cambio” e “inhibición”. “*Cambio*”, se refiere a una función que requiere agregar y borrar información

comprendida en el sistema de memoria de trabajo; se evaluó con la tarea de *memorización de letras*, que consiste en presentar varias letras de una lista cada 1000 ms (un segundo) por letra. La persona tiene que evocar las cuatro últimas letras presentadas en la lista y omitir las primeras. La función “cambio”, que requiere cambio entre subtareas, se evaluó por la tarea número-letra que consiste en presentar en uno de cuatro cuadrantes de una pantalla de computadora un par número-letra (ejemplo: 4B).

Se instruye al participante a indicar con las teclas 0 ó 1 si un número es poco común o “cotidiano” respectivamente, también debe indicar si la letra es una consonante o vocal y, finalmente, “inhibición”, que requiere la supresión de la respuesta dominante o automática. Esta función se midió con la tarea “Simon”, que requiere decidir si una flecha (representada horizontalmente) apunta hacia la izquierda (en cuyo caso se presiona la tecla 1) o a la derecha (se presiona la tecla 0) a partir de un punto de fijación. La flecha objetivo que apunta a una dirección determinada (ejemplo: a la izquierda) puede presentarse en la izquierda (compatible) o en la derecha (incompatible) del punto de fijación. También se evaluó la inteligencia “fluida” o “cristalizada” por su relación con las funciones ejecutivas, para confirmar (o no) sus diferencias entre población normal y la penitenciaria, esta variable se midió con las matrices y subtest de similitudes del WAIS-III. En el estudio se realizaron un total de 32 ensayos de práctica y 80 ensayos experimentales de prueba.

Se compararon 24 criminales reclusos con 32 controles, aunque los autores intentaron aparear el grupo control con el experimental, hubo una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos en el promedio de edad (33, ds:7.5; 29, ds: 2.4, respectivamente). El grupo de criminales se encontraban internos por los delitos de asalto (4), acoso infantil (2), homicidio (2), hurto (8), robo a banco (1), asalto conyugal (golpes a la pareja), (2), agresión (1), tráfico de drogas (2) y prostitución (proxenetismo) de inmigrantes ilegales extranjeras (2). Se excluyeron los internos con diagnóstico de trastorno mental grave.

Los resultados revelaron diferencias significativas en los puntajes promedios en “actualización” e inteligencia fluida. En contraste con otros estudios, no hubo diferencias significativas en “cambiar”,

“inhibición” e inteligencia “cristalizada”. Estos hallazgos pueden interpretarse en el sentido de que los criminales, al tener bajos niveles de inteligencia fluida les orienta a una peor ejecución en los procesos de “actualización”. Además, se relaciona con el concepto de memoria de trabajo (monitoreo y codificación de información novedosa relevante. Estas funciones se apoyan en la memoria de trabajo para reemplazar información no relevante por nueva información, actualizada y se asocia con la actividad del cortex prefrontal). Éste hallazgo sugiere que la población penitenciaria muestra dificultades para manipular los contenidos de la memoria de trabajo lo que es consistente con los bajos puntajes del IQ. Estos hallazgos son congruentes con los de otros estudios y pueden contribuir en el desarrollo de guías específicas para programas de prevención y tratamiento dirigidos a población penitenciaria. Las nulas diferencias en los promedios de “cambiando” e “inhibición” deben tomarse con reservas dado el pequeño de participantes y un posible sesgo por el proceso de muestreo que fue intencional.

De acuerdo a los resultados del estudio, es necesario establecer mediciones ejecutivas más extensas, que incluyan más tareas a fin de abarcar toda la gama ejecutiva, de lo contrario, se pueden observar resultados limitados o sesgados.

Dada la evidencia de que la integridad del funcionamiento ejecutivo y su participación en la modulación de la regulación emocional representan dimensiones de procesos neurales relacionados al riesgo de presentar problemas conductuales, es posible afirmar que las dimensiones de estas funciones pueden jugar un rol clave en la prevención, en la clasificación diferenciada para la programación del tratamiento y su resultado (Fishbein, et al, 2006, 2009; Herrero, Escorial & Colom, 2010; Mullin & Simpson, 2007; Ostrosky, et al, 2012).

Aunque los programas de tratamiento correccional se consideran efectivos para internos particulares, se ha propuesto que el subgrupo que no responde favorablemente al tratamiento es más incapaz para procesar los materiales debido a los déficits neuropsicológicos por lo que es necesario enfocar programas para estos déficits (Fishbein, et al, 2006, 2009; Herrero, Escorial & Colom, 2010; Mullin & Simpson, 2007).

Una investigación sobre este punto (Ross y Hoaken, 2011), señala que un factor principal en las reincidencias post-liberacionales delictivas es la condición neurocognitiva asociada al deterioro del funcionamiento ejecutivo y que los programas para esta población requieren considerar este factor para mejorar su eficacia. Su principal objetivo fue examinar la relación entre el deterioro ejecutivo y la regularidad de encarcelamiento, para establecer si, particularmente, el deterioro cognitivo severo puede predisponer a un individuo a múltiples periodos de encarcelación.

Participó una muestra por conveniencia de 95 varones internos de dos prisiones federales canadienses de mediana seguridad. Se evaluaron las funciones ejecutivas de los internos: 56 de ellos clasificados como primo-delinquentes (con un solo ingreso a prisión), mientras que 37, habían tenido al menos una recaída con sentencia penal, clasificados como reincidentes. De acuerdo al tipo del delito se clasificaron como no violentos (n=18); medianamente violentos (n=32); moderadamente violentos (n=23) y altamente violentos (n=19). Los participantes oscilaron en edades entre 19 y 61 años (m=34.81, DS=9.8), el promedio de años de escolaridad fue 11.2 (DS= 2.6), oscilando entre 5 y 17 años. En promedio habían cumplido 784 días de su sentencia (DS=1468.67) con un mínimo de 14 y un máximo de 10,352 días. Los internos reincidentes habían estado previamente encarcelados en promedio 1,781.73 días (DS=1915.8) con un rango de 150 a 9380 días.

Las pruebas para evaluar el funcionamiento ejecutivo fueron, la tarea de Asociación Condicional No-Espacial (NCAT) *-ya descrita en el estudio de Hoaken, et al. (2007)-*, la Prueba de Clasificación de Cartas de Wisconsin (WSCT) y la tarea GO/NO-GO. La tarea NCAT se asocia con varias funciones ejecutivas, específicamente, la formulación de estrategia, monitoreo de la respuesta y aprendizaje asociativo.

Se usó la versión adaptada-computarizada de la prueba WSCT. Los participantes tenían que determinar el criterio para clasificar y agrupar cartas en cuatro patrones diferentes. Después de cada clasificación, el participante recibía retroalimentación auditiva y visual de si la clasificación fue correcta o no. Una vez que el participante clasificaba exitosamente varias cartas (típicamente 10), el criterio de clasificación

cambiaba sin que el participante lo supiera. El total de cartas eran 128, la tarea finalizaba cuando el participante agrupaba con éxito diez clasificaciones en cada una de las seis categorías o una vez que las 128 cartas se habían usado. Las variables de interés fueron el número de ensayos de la primera categoría y de la tarea completa; número de ensayos correctos y categorías completadas así como errores de perseveración. Las funciones correspondientes al funcionamiento ejecutivo de esta prueba son la formulación de estrategia, el monitoreo de respuesta, memoria de trabajo y cambio de clasificación o flexibilidad, implicando la función de la corteza prefrontal dorsolateral.

La tarea GO/NO-GO evalúa la habilidad del participante para inhibir una respuesta a un estímulo que ha sido previamente apareado con castigo. En la versión recompensa-castigo de la tarea, se presentan ocho cifras de dos dígitos, cuatro de los cuales fueron apareados con retroalimentación visual positiva y cuatro fueron apareados con retroalimentación visual negativa. Después de los ensayos de aprendizaje por ensayo y error, los ocho números apareados individualmente y en orden aleatorio se presentaban un total de 80 ensayos. Se instruyó a los participantes a responder sólo a los números previamente asociados con retroalimentación positiva. Los errores de comisión (fallas para inhibir respuestas a estímulos negativos) y errores de omisión (fallas para responder a los estímulos positivos) representaban las variables dependientes. Esta tarea permite evaluar la impulsividad e inhibición conductual

También se revisó el registro de participación en los programas de rehabilitación y su apego al mismo en los expedientes institucionales.

Los resultados mostraron que los internos reincidentes tienen una mayor disfunción ejecutiva que aparentemente les impide aprender de sus decisiones erróneas y sus consecuencias negativas, además de no obtener beneficio de la experiencia punitiva y de los programas institucionales correccionales en los que participan.

Este estudio probablemente se hubiera enriquecido con la inclusión de indicadores psicosociales de la violencia y de ampliar la exploración de las funciones ejecutivas. No obstante, constituye un antecedente útil

que aporta elementos medulares para la realización del estudio objeto del presente trabajo en el sentido de documentar con un poco más de precisión el rol de las funciones ejecutivas en la respuesta al tratamiento correccional, ya que pueden ser base para la consolidación de aprendizajes y apego a metas.

Otro estudio buscó explorar el grado en el que el funcionamiento ejecutivo predice el resultado o la respuesta consecutiva a un programa para rehabilitación de habilidades cognitivas, y el grado de independencia del funcionamiento ejecutivo de otros factores predictivos criminógenos tales como los demográficos, tiempo de sentencia y factores clínicos como ansiedad y depresión; adaptabilidad social y habilidad intelectual general (Mullin y Simpson, 2007). Los factores se eligieron a partir de su correlación con la conducta criminal, la reincidencia o variables que podrían afectar la respuesta a la rehabilitación cognitiva. En principio, un análisis de regresión múltiple, sobre los indicadores de las funciones ejecutivas podrían contribuir a la explicación de la varianza en la respuesta a un programa de intervención, más que otras variables. Participaron 42 varones de 2 penitenciarías de Inglaterra que cubrieron los criterios para participar en un programa de corte cognitivo-conductual titulado: "Habilidades de Pensamiento Intensificadas" (*Enhanced Thinking Skills*). Se excluyeron algunos internos con antecedentes de traumatismo craneoencefálico, demencia u otros motivos médicos potencialmente discapacitantes para efectos del estudio. Su promedio de edad fue 34.3 (DS=10.2); el de escolaridad fue 10.2 (DS=1.8); la mayoría de los participantes tenían múltiples reincidencias delictivas con promedio de 2.9 (S.D.=2.8) en una gama de 0 a 10 reincidencias.

Se evaluó la habilidad intelectual mediante la Prueba Nacional de Lectura para Adultos-Revisada (NART-T), que es una prueba de pre morbilidad general del nivel intelectual.

Las funciones ejecutivas se evaluaron con el Sistema de Funcionamiento Ejecutivo de Delis-Kaplan, que evalúa varios componentes del funcionamiento ejecutivo mediante nueve subtests: el test "Trail Making" (TMT), el test de fluidez verbal (VFT), el de fluidez de diseño (DFT), el de interferencia color-palabra (CWIT), el "sorting test" (ST), el test de las 20 preguntas (TQT), el de contexto-palabra

(WCT), el test de la torre (TT), y el test de proverbios (PT). Sólo se incluyeron en el análisis aquellos indicadores que median directamente aspectos del funcionamiento ejecutivo.

Los factores clínicos considerados fueron: sintomatología depresiva, evaluada con el Inventario de Depresión de Beck-II, es un cuestionario breve y validado con 21 reactivos; la sintomatología ansiosa, con el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), con 21 reactivos; el Ajuste Social se evaluó con la Escala de Deseabilidad Social de Morlowe-Score (MCDES), con 33 afirmaciones a las que se responde si o no. La respuesta al programa de tratamiento ETS se evaluó con la Escala de Evaluación Conductual (BRS), aplicada por el equipo técnico de la propia prisión a los participantes diariamente, antes, durante y después del tratamiento. Así, se trató de un estudio longitudinal y prospectivo con la aplicación de tres evaluaciones (la evaluación neuropsicológica, la línea base y post-intervención).

En general las comparaciones pre-post tratamiento mostraron mejoría estadísticamente significativa tanto en el incremento de las conductas positivas como la reducción de las negativas. Dado que los puntajes estandarizados de estas mediciones tienen una media de 10 fue posible comparar los promedios de los participantes con la población general. Los participantes mostraron un desempeño general por debajo del puntaje promedio estandarizado en la mayoría de las pruebas excepto en tres de ellas: el test "Trail Making" (TMT), el de fluidez verbal (VFT) y el de las 20 preguntas (TQT). El desempeño más bajo de los participantes se dieron en el porcentaje del test de fluidez de diseño (DFT) y en el test interferencia color-palabra (CWIT).

Los análisis de regresión y la aplicación de un modelo de tres factores revelaron que a mayor número de reincidencias delictivas, mayor decremento en conductas negativas. La adición de la TT promueve la precisión de la relación que indica que a bajo puntaje, mayor decremento en la conducta negativa, con la adición del TMT indica que a menor puntuación, mayor es la disminución en el comportamiento negativo, finalmente a mayor edad de los participantes mayor el decremento en la conducta negativa.

En cuanto al Test "Sorting" ST, a menos clasificaciones correctas, mayor el incremento de conductas positivas, en cuanto a la TT, indicó que a más baja proporción, mayor el incremento de conductas positivas. Ninguna de las otras variables inicialmente ingresadas en la ecuación de regresión mostraron una contribución adicional significativa, por lo cual se eliminaron del modelo final.

Así, los resultados apuntan a los aspectos del funcionamiento ejecutivo relacionados con la capacidad de cambio resultaron que mejor predijeron la respuesta al tratamiento. Los participantes con una relativa, aunque notoria debilidad del funcionamiento ejecutivo mostraron la mayor mejoría. La edad de los participantes y el número de reincidencias delictivas predijeron la reducción en conductas negativas pero no el aumento de positivas, los participantes de más edad y aquellos con más reincidencias mostraron mayor mejoría. Estos hallazgos sugieren que un programa cognitivo de esta naturaleza puede lograr beneficios particulares en la población penitenciaria de más alto riesgo.

Las mediciones del funcionamiento ejecutivo que más predijeron el mejoramiento en las conductas de solución de problemas fueron las más asociadas con "set cambio atencional" (SY Y TMT) y con planeación. También fueron las más predictivas del decremento de conductas negativas con excepción del ST. Por tanto, a los individuos con cierto grado de deterioro cognitivo, el programa ETS les puede reducir el riesgo de conducta impulsiva violenta o antisocial al habilitarlos a compensar el deterioro asociado al funcionamiento ejecutivo.

Los hallazgos de este estudio son un tanto controvertidos al encontrar que los déficits ejecutivos predicen una buena respuesta al tratamiento. Se podrían interpretar como lo propone el autor, al señalar que los componentes del programa tienen la virtud de compensar déficits ejecutivos lo cual se refleja en la mejoría. Otra interpretación podría sugerir que hay déficits particulares que no son necesarios para la mejoría en los indicadores del BRS aunque algunos estudios señalan que la integridad ejecutiva puede ser base para la mejoría al tratamiento. Un aspecto que puede ser útil para la replicación de este

tipo de estudios, es agregar el uso de indicadores criminológicos que puedan aportar más elementos acerca de la veracidad de la información proporcionada en relación a la respuesta al tratamiento. También se podrían integrar grupos control que permitan monitorear las principales variables dependientes en sentido comparativo. Finalmente, los resultados estimulan la replicación de este tipo de estudios buscando examinar la consistencia de estos hallazgos.

Fishbein, et al. (2009) realizaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar la utilidad de medidas reguladoras neuropsicológicas y emocionales en la caracterización de internos criminales problemáticos e irresponsivos y la capacidad de estas medidas para predecir la respuesta a un tratamiento en prisión. Partiparon 224 internos criminales voluntarios de cuatro prisiones del estado de Maryland. Utilizaron una batería de pruebas neuropsicológicas, así como condiciones que repercuten en ellas, también evaluaron responsabilidad y progreso/respuesta al tratamiento. Los resultados indicaron que varios constructos neuropsicológicos predicen la respuesta, principalmente las mediciones de tareas alto-cambio (tareas de impulsividad) y la tarea de Toma de Decisión de Cambridge (CDMT) que explora la toma de decisiones riesgosas discriminaron significativamente entre aquellos que puntuaron con baja ganancia al tratamiento contra los que mostraron alta ganancia. En todos los casos, el grupo de alta ganancia se desempeñó mejor y con tiempos de reacción más cortos. El grupo de baja responsividad al tratamiento ejecutó significativamente peor en las tareas de impulsividad y toma de decisión riesgosa y tuvieron mayores tiempos de reacción en la tarea de inhibición conductual Stroop.

Se vió una tendencia a la reducción de infracciones institucionales en el reclusorio asociada con menos elecciones de alto riesgo en el CDMT y un gran número de respuestas correctas en las tareas de reconocimiento facial. De acuerdo a los análisis de covarianza realizados, en la tarea de reconocimiento facial, las atribuciones erróneas de ira, todas las expresiones faciales combinadas y de disgusto distinguieron entre los altos y bajos marcadores de compromiso al tratamiento, con mejor desempeño de los de alto compromiso al tratamiento. Sus hallazgos sugieren que los internos

con menor progreso en este tipo de programas (cognitivo-conductuales), con mayor tendencia a abandonarlos y cometer infracciones durante el tratamiento eran aquellos con déficits en las funciones ejecutivas, en particular con poca inhibición conductual, inhabilidad para cambiar respuestas, impulsividad al hacer elecciones de alto riesgo e inflexibilidad cognitiva. Los autores señalan que es posible que estos internos se beneficien más de tratamientos específicos, basados en la rehabilitación neurocognitiva. Un límite en este estudio es el hecho de que se utilizaron pocas tareas para evaluar el desempeño neuropsicológico de las funciones ejecutivas en los participantes.

En todo el contexto precedente es posible afirmar que la comprensión de perfiles neuro psicológicos característicos de población penitenciaria de alto riesgo, puede ser clave en el diseño de programas de rehabilitación dirigidos a estos déficits. De esta forma se podrá maximizar la inversión que los administradores correccionales dirigen hacia las estrategias de intervención y hacer posible clasificar subgrupos de internos basados en necesidades programadas con la aplicación de la técnica de entrenamiento y corrección neuropsicológica correspondiente (Fishbein, et al, 2006, 2009; Mullin & Simpson, 2007). Asimismo, dada la importancia del rol de las funciones ejecutivas en la conducta criminal, es necesario desarrollar en sentido teórico los aspectos y características asociadas a este constructo, sus manifestaciones patológicas y estrategias de evaluación.

NEUROPSICOLOGÍA DE LOS LÓBULOS FRONTALES Y LAS FUNCIONES EJECUTIVAS

Tanto anatómica como funcionalmente, las neuronas están agrupadas en estructuras cohesivas (núcleos y regiones) y cada estructura consta de millones de neuronas. Los núcleos y regiones representan las unidades macroscópicas del cerebro y el patrón de conectividad entre ellas representa la organización macroscópica del cerebro (Goldberg, 2002).

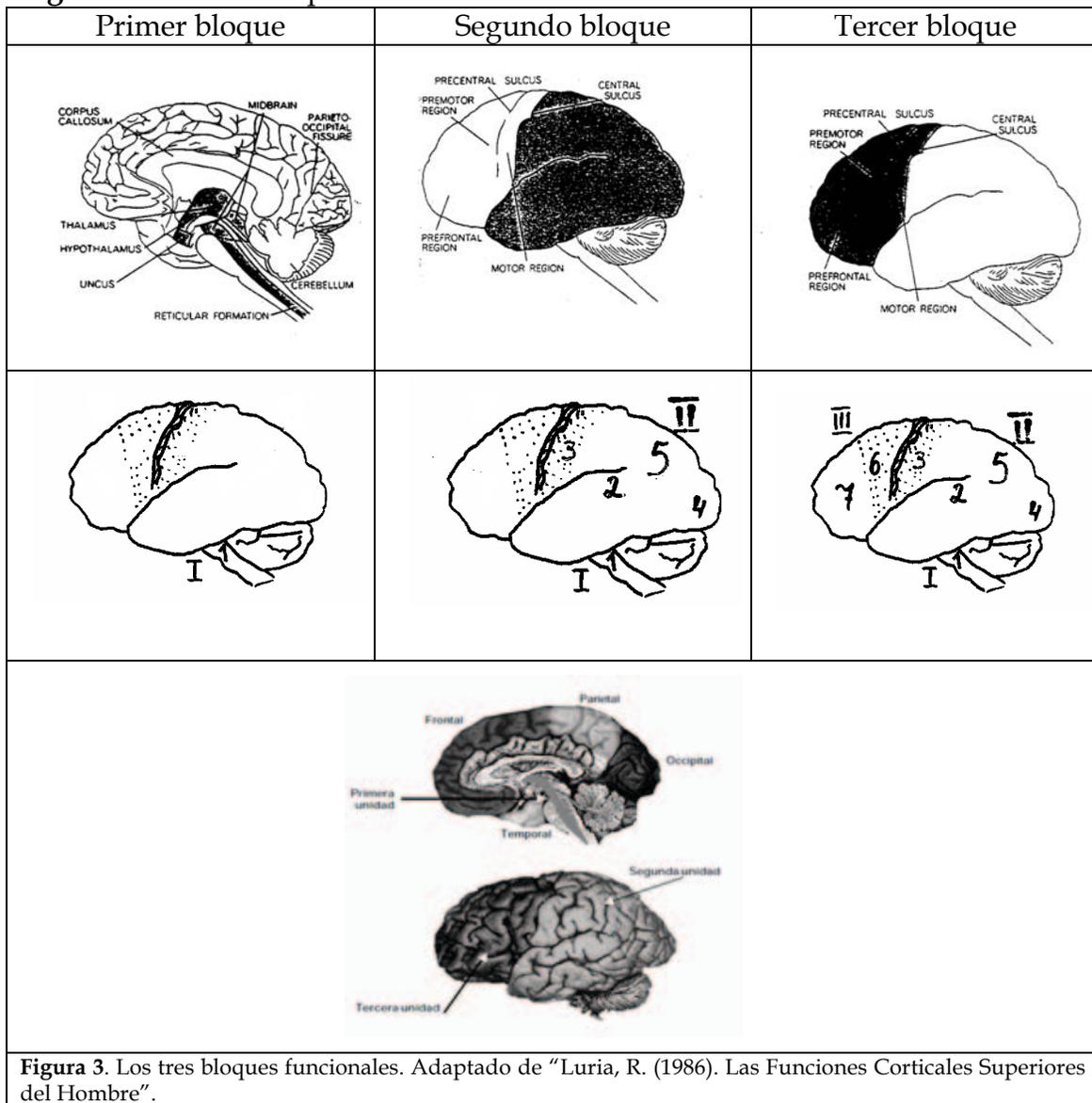
Desde diversos trabajos clásicos se ha visto que la actividad cerebral se organiza en base a su complejidad funcional y etapa del desarrollo, organizadas jerárquicamente en estructuras nerviosas inferiores hacia superiores, las funciones básicas-primarias están a cargo de las estructuras inferiores y las funciones de orden superior por estructuras superiores filogenética y ontogenéticamente (Vygotsky, en Quintanar, 1995; Goldman-Rakic, 1984).

En esta perspectiva, otros autores clásicos como Luria, (1986), señalan que el cerebro se organiza fundamentalmente en tres sistemas funcionales complejos (véase la Figura 3), cuya participación es imprescindible para que se realice cualquier función psíquica: El primer bloque funcional, tiene como correlato anatómico el Sistema Reticular Activador conformado por estructuras del bulbo raquídeo, puente, mesencéfalo y tálamo, encargado de la regulación del tono o la vigilia.

El segundo bloque funcional, tiene como correlato anatómico las regiones posteriores de la corteza (lóbulos parietal, temporal y occipital), encargados de la recepción, codificación y almacenamiento de la información procedente del mundo exterior.

El Tercer bloque funcional, tiene como correlato anatómico los lóbulos frontales, encargados de la programación, regulación y control de la actividad psíquica de manera consciente y voluntaria. Según Luria, este último bloque, gracias a las conexiones asociativas que los unen funcionalmente con distintas áreas corticales y subcorticales logra la unidad funcional de todos los procesos psicológicos

Figura 3. Los tres bloques funcionales de Luria.



Los bloques funcionales están constituidos por diversas estructuras nerviosas cuyas funciones son altamente especializadas, pero trabajan interrelacionadamente formando sistemas funcionales complejos. Particularmente, Goldberg, (2002) y Luria, (1989), señalan que el sistema de análisis de la información interoceptiva está conformado por el sistema límbico incluyendo la corteza temporal y frontal medio-basal. Las zonas mediobasales de la corteza frontal forman parte del sistema de análisis de la información interoceptiva, participando de forma directa en la regulación de las condiciones internas del organismo y en el mantenimiento de la homeostasis. Este sistema está conformado por la formación reticular y tálamo. El tálamo es un conjunto de varios núcleos, algunos de ellos están encargados de procesar distintos tipos de información sensorial: visual, auditiva, táctil, entre otros. Una jerarquía completa de integración de “entradas” o “inputs”, con el núcleo talámico dorsomedial el primero de esa jerarquía está estrechamente interconectado con la corteza prefrontal.

Estrechamente ligada al tálamo está el hipotálamo, mientras el tálamo registra el mundo exterior, el hipotálamo registra los estados internos del organismo y ayuda a mantenerlos en los parámetros homeostáticos y adaptativos.

Goldberg (2002) también menciona que el hipotálamo es un conjunto de núcleos, cada uno se relaciona diferenciadamente con aspectos de la homeostasis, desde la ingesta de alimento, la cantidad y tipo de fluidos en el cuerpo y la temperatura corporal, entre otros. Ambas estructuras (tálamo e hipotálamo) se conocen como diencefalo. Los ganglios basales incluyen a los núcleos caudados, el putamen y globus pallidus. Los ganglios están bajo un control estrecho de los lóbulos frontales y trabajan conjuntamente. También la amígdala se considera como uno de los ganglios basales y su función es regular las interacciones del organismo con el mundo externo que son vitales para la supervivencia, las decisiones de atacar o huir, copular, comer o no, etc. Aporta una evaluación afectiva, precognitiva y rápida de la situación en términos de su valor de supervivencia. El cerebelo es importante en la motricidad, especialmente en la coordinación de movimientos finos a

partir de la información sensorial, incluso está estrechamente ligado a la corteza frontal y participa en planificación compleja.

El hipocampo está compuesto de dos largas estructuras que abrazan el interior de los lóbulos temporales y desempeña un papel importante en la memoria espacial y verbal. La corteza cingulada abarca la superficie interna de los hemisferios que están por encima del cuerpo caloso y se la ha implicado en las emociones junto con la amígdala y los hipocampos, la corteza cingulada comprende el sistema límbico.

La corteza cingulada anterior, está íntimamente ligada a la corteza prefrontal y está asociada ampliamente a los lóbulos frontales mayores. La corteza prefrontal se define como el área que recibe las proyecciones del núcleo talámico dorsomedial y en función de su delimitación por vías bioquímicas, se define la corteza prefrontal como el área que recibe las proyecciones del sistema dopamínico mesocortical, (Goldberg, 2002).

La corteza prefrontal es la mejor conectada del cerebro (Goldberg, 2002; Jódar-Vicente, 2004). Como se ha señalado, está conectada con la corteza de asociación posterior (área de mayor integración perceptual) y también con la corteza premotora, los ganglios basales y el cerebelo (implicados en diversos aspectos del control motor y movimientos), está conectada con el núcleo talámico dorsomedial (máxima estación de integración neural dentro del tálamo), con el hipocampo y estructuras relacionadas, críticas para la memoria; y con la corteza cingulada, que se presume crítica para la emoción y para regular la incertidumbre. Además, está conectada con la amígdala, que regula la mayoría de las relaciones básicas entre los miembros individuales de la especie, y con el hipotálamo, encargado del control de las funciones homeostáticas vitales. Finalmente, está conectado con los núcleos del tallo cerebral que regulan la activación y el impulso.

Al sistema premotor se le atribuye la “condensación” de la información recibida y participa en la comprensión inmediata de información compleja por medio de la síntesis de la información que recibe, además que participa en la automatización de los procesos intelectuales, los

cuales inicialmente se despliegan y progresivamente se sintetizan y automatizan.

Luria, (1986), también propone que los lóbulos frontales participan en todas las etapas de la solución de problemas, desde la síntesis inicial de todos los estímulos que llegan al organismo; la asignación a algunos de los estímulos de significado regulador y señalizador; la formación de la base orientadora de la acción; la creación de programas complejos de comportamiento; el monitoreo constante del cumplimiento de estos programas; la ejecución y control de la conducta (evaluando logros de acuerdo con las metas) y el establecimiento de un sistema de retroalimentación (corrección y ajuste).

En una revisión extensa de la literatura de Luria, se señala que una característica primordial del Sistema Funcional es la “previsión”, la “anticipación” de los acontecimientos próximos, llamado “reflejo de anticipación”, que precisamente permite anticipar los eventos exteriores (que fluyen sucesiva y repetitivamente), permitiendo la adaptación y facilita la creación de programas de conducta preparatorios relacionados con los acontecimientos por ocurrir (Flores, 2006).

Este “reflejo de la realidad” es la forma fundamental de adaptación de los organismos a la estructura temporo-espacial del mundo, en el que la sucesión y la repetición constituyen parámetros temporales fundamentales. Señala que todo sistema tiene la propiedad fundamental de la auto-regulación, cuenta con mecanismos que permite conocer el resultado de las acciones y con esta base reorganiza las relaciones funcionales entre los diversos componentes del sistema, detecta causas de errores y regula en qué momento despliega una conducta o la detiene en función del objetivo y elimina los componentes redundantes o accesorios.

Así, el desarrollo de la acción conlleva a un trabajo integral entre los componentes que forman el sistema funcional en relación con el resultado. Lo anterior significa que cada componente entre en el sistema en la medida que contribuya a la obtención del resultado programado.

Flores y Ostrosky, (2008, 2012) describieron de forma sintética e integrada la neuropsicología de los lóbulos frontales, su organización funcional básica y las funciones cognitivas y conductuales en que interviene, entre ellas las funciones ejecutivas (véanse las figuras 4, 5 y 6).

Fig. 4 Divisiones de la Corteza Prefrontal Dorsolateral

Division Corteza Pre-frontal	Corteza Dorsolateral
Subdivisiones y correlatos estructurales	Anterior
	Superior, inferior y polo frontal
Correlatos funcionales	<p>Relacionada con los procesos de planeación, memoria de trabajo, fluidez (diseño y verbal), solución de problemas complejos, flexibilidad mental, generación de hipótesis, estrategias de trabajo, seriación y secuenciación.</p> <p>Las porciones más anteriores (polares) se encuentran relacionadas con los procesos de mayor jerarquía cognitiva como la meta-cognición, permitiendo la auto-evaluación (monitoreo) y el ajuste (control) de la actividad en base al desempeño continuo y en los aspectos psicológicos evolutivos más recientes del humano, como la cognición social y la conciencia auto-noética o auto-conocimiento (integración entre la conciencia de sí mismo y el conocimiento autobiográfico), logrando una completa integración de las experiencias emocionales y cognitivas de los individuos</p>

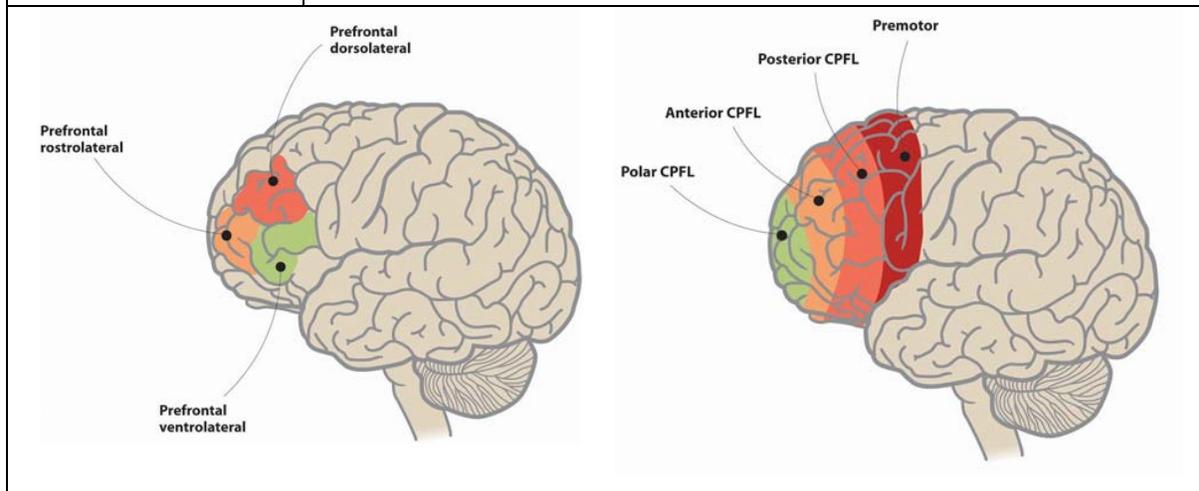


Figura 3. Visión lateral del cerebro que muestra la región anterior prefrontal, en su división superior, inferior y polo frontal. Imagen adaptada de "Modelos de funciones y control ejecutivo (II)" por Tirapú-Ustarroz, et al. 2008. *Rev Neurol*; 46 (12), p. 742-750.

Figura 5. Divisiones de la Corteza Prefrontal Orbitofrontal

Division Corteza prefrontal	Corteza Órbitofrontal
Subdivisiones y correlatos estructurales	Proviene de la corteza olfatoria caudal-orbital, relacionada con el sistema límbico
	Región Ventro-medial y lateral
Correlatos funcionales	Su función principal es el procesamiento y regulación de emociones y estados afectivos, así como la regulación y el control de la conducta. Además, está involucrada en la detección de cambios en las condiciones ambientales tanto negativas como positivas (de riesgo o de beneficio para el sujeto), lo que permite realizar ajustes a los patrones de comportamiento en relación a cambios que ocurren de forma rápida y/o repentina en el ambiente o la situación en que los sujetos se desenvuelven. Se involucra aún más en la toma de decisiones ante situaciones inciertas, poco especificadas o impredecibles, se plantea que su papel es la marcación de la relevancia (emocional) de un esquema particular de acción entre muchas opciones más que se encuentran disponibles para la situación dada. La región ventro-medial se ha relacionado con la detección de situaciones y condiciones de riesgo, en tanto que la región lateral se ha relacionado con el procesamiento de los matices negativo-positivo de las emociones.

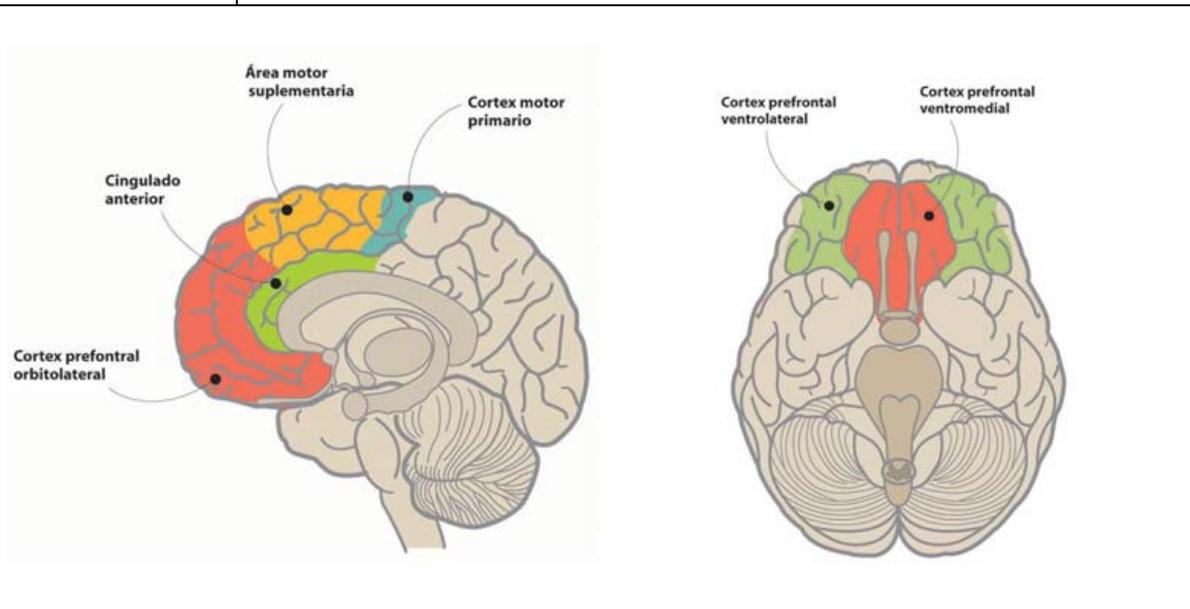
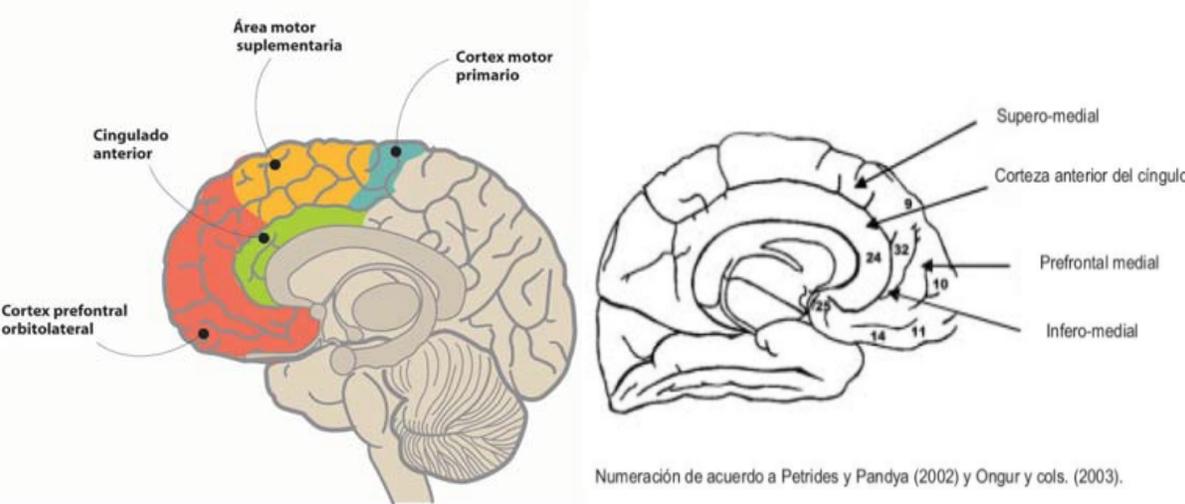


Figura 4. Visión lateral y ventral del cerebro que muestra la región ventro-medial y lateral. Imagen adaptada de "Modelos de funciones y control ejecutivo (I)" por Tirapú-Ustarroz, et al. 2008. *Rev Neurol*; 46 (11), p. 684-692.

Figura 6. Divisiones de la Corteza Prefrontal Frontomedial		
Division Corteza prefrontal	Corteza frontomedial	Participa activamente en los procesos de inhibición, en la detección y solución de conflictos, así como también en la regulación y esfuerzo atencional. Además, participa en la regulación de la agresión y de los estados motivacionales.
Subdivisiones y correlatos estructurales	porción inferior (infero-medial)	Relacionada con el control autonómico, las respuestas viscerales, las reacciones motoras y los cambios de conductancia de la piel, ante estímulos afectivos.
	la porción superior (supero-medial)	Se relaciona más con los procesos cognitivos.
	porciones más anteriores	Se encuentran involucradas en los procesos de mentalización (teoría de la mente).
		
<p>Figura 5. Visión medial del cerebro que muestra la región Frontomedial. Imagen adaptada de "Modelos de funciones y control ejecutivo (I)" por Tirapú-Ustarroz, et al. 2008. <i>Rev Neurol</i>; 46 (11), p. 684-692.</p>		

(Se han señalado funciones diferenciadas de la corteza prefrontal en ambos hemisferios, el izquierdo se orienta más a las tareas rutinarias y al mantenimiento de las actividades que requieren patrones de conducta ya establecidos, mientras que el hemisferio derecho se dirige a la realización de tareas y procesamiento de información novedosa (Goldberg, 2002).

La organización anátomo-funcional de lo que Luria denominó el tercer sistema funcional complejo o el factor de autorregulación y control, ha recibido la atención en la investigación y desarrollo teórico, precisamente por su relación con las funciones del más alto nivel cognitivo (Fuster, 1993; Rains, 2004; Tirapú-Ustárróz, et al, 2008).

Las funciones cognitivas involucradas van desde la planeación, organización, secuenciación, metamemoria; así como la regulación de estados emocionales en función de estados internos y del contexto (Damasio, 1998; Goldberg, 2006; Slachevsky, et al., 2005), por tanto, también se asocian con la conducta social, la toma de decisiones y el juicio ético y moral, (Anderson, Jacobs y Anderson, 2008; Oliveira-Souza, et al., 2008; Tirapú-Ustárróz, et al., 2008).

Lo anterior lo reafirma Lezak, (1982), al señalar que difícilmente se puede atribuir exclusivamente a los sectores prefrontales de la corteza cerebral la gran gama funcional en la que esta involucrada, por lo cual se acuñó el constructo de *funciones ejecutivas*. El funcionamiento ejecutivo es un constructo psicológico, pero el sistema neural concomitante (corteza prefrontal y sistemas relacionados) proveen información importante acerca de los procesos específicos y la integración de estas funciones (Anderson, et al., 2008).

Morgan y Lilienfeld, (2000) han propuesto que el constructo de funcionamiento cognitivo ejecutivo puede conceptualizarse como el mecanismo por el cual la ejecución se optimiza en situaciones demandantes que exigen la operación e integración de un grupo de procesos cognitivos que incluye la memoria de trabajo, inhibición, planeación, monitoreo activo y activar cambios. Esto permite responder a diferentes situaciones de una forma flexible, para adaptar y crear planes y para establecer la conducta en base a pensamientos e ideas sostenidas internamente más que ser gobernado exclusivamente por estímulos externos.

Lezak, (1982, 1987), define a las funciones ejecutivas como las capacidades mentales esenciales para llevar a cabo una conducta eficaz, creativa y aceptada socialmente. A su vez, Sholberg y Mateer, (1989), consideran que las funciones ejecutivas abarcan una serie de

procesos cognitivos entre los que destacan la anticipación, elección de objetivos, planificación, selección de la conducta, autorregulación, autocontrol y uso de retroalimentación.

También están los siguientes componentes de la función ejecutiva: dirección de la atención, conocimiento de los patrones de prioridad, formulación de la intención, plan de consecución o logro, ejecución del plan y reconocimiento del logro (Junqué y Barroso, 1994). Fuster, (1989), en su teoría general sobre la corteza prefrontal propone que ésta es fundamental en la estructuración temporal de la conducta. Dicha estructuración se llevaría a término mediante la coordinación de tres funciones subordinadas:

- a) una función retrospectiva de memoria a corto plazo provisional;
- b) una función prospectiva de planificación de la conducta; y
- c) una función consistente en el control y supresión de influencias internas y externas capaces de interferir en la formación de patrones de conducta.

Tirapú-Ustárroz, et al. (2008), señalan que el funcionamiento ejecutivo o “control ejecutivo” hacen referencia a una serie de mecanismos implicados en la optimización de los procesos cognitivos orientados hacia la resolución de situaciones complejas. Estos procesos comprenden diversos componentes, entre los que cabe destacar la memoria de trabajo, como capacidad para mantener la información en mente, la orientación y adecuación de la atención, la inhibición de respuestas inapropiadas en determinadas circunstancias y la monitorización de la conducta en referencia a estados motivacionales y emocionales del organismo.

De manera más concreta, las funciones ejecutivas pueden agruparse en torno a una serie de componentes como son las capacidades implicadas en la formulación de metas, las facultades empleadas en la planeación de los procesos y las estrategias para lograr objetivos y las aptitudes para llevar a cabo esas actividades de una forma eficaz.

Koechlin, et al. (2000), introduce un elemento importante para la correlación entre los sectores prefrontales laterales y el control cognitivo, dichas estructuras se organizan en “cascada funcional”, al

ser los sectores más anteriores los del control cognitivo más complejo y los sectores posteriores más básicos; estos últimos supeditados a los primeros, aspecto que refuerza el carácter más evolutivo filogenética y ontogenéticamente de los sectores anteriores del cortex prefrontal.

Mesulam, (2002), hace énfasis en que una de las principales actividades de las funciones ejecutivas es la de preparar y accionar respuestas ante situaciones novedosas; señala que estas funciones suprimen y trascienden las respuestas automatizadas, posibilitando la generación de otras respuestas más flexibles y contingentes. Postula que la escasa “fluidez” de la corteza prefrontal se manifiesta a través de sus funciones nucleares, a saber:

- 1) memoria de trabajo;
- 2) inhibición de la distractibilidad, perseveración y satisfacción inmediata;
- 3) búsqueda activa de la novedad;
- 4) significación emocional; y,
- 5) codificación del contexto, toma de perspectiva y comprensión de los otros.

Estos últimos procesos permiten pasar de una asociación estímulo-respuesta inflexible a una asociación estímulo-respuesta flexible, que considera el contexto en que se presenta un estímulo y la experiencia del individuo.

Anderson, et al. (2008) también se enfocan en elementos clave de las funciones ejecutivas que incluyen:

- 1) Anticipación y despliegue de la atención,
- 2) Control de impulsos y anticipación,
- 3) Iniciación de la actividad,
- 4) Memoria de trabajo,
- 5) Flexibilidad mental y activación de la retroalimentación,
- 6) Habilidad de planeación y organización y
- 7) Selección de estrategias eficaces para la solución de problemas, incluyendo el contexto emocional.

A partir de las características cognitivas y emocionales, las funciones ejecutivas se han podido dicotomizar en procesos ejecutivos “fríos” (aspectos cognitivos) y procesos ejecutivos “calientes”. Estos últimos hacen referencia a los aspectos afectivos del funcionamiento ejecutivo y se requieren cuando una situación es ambigua e involucra la regulación del afecto y la motivación (Zelazo, et al, 2004).

Un autor que abarca los procesos llamados ejecutivos “hot” y su relación en el ámbito social es Damasio (1998), quien propone que una de las funciones principales de la corteza frontal es la selección de las respuestas que son más ventajosas para que un organismo se conduzca dentro de un ambiente social. El principal indicador para realizar la selección es denominado “marcador somático”, es una condición en la que un estado somático se correlaciona temporalmente con una representación psicológica particular y/o con las contingencias ambientales existentes en determinado espacio y tiempo, las cuales se “marcan”. Este proceso no sólo participa en el desarrollo de conductas sociales sino en procesos como la toma de decisiones, la guía en tareas de múltiples etapas, la planeación y la creatividad.

Esta hipótesis de marcadores somáticos, provee un marco cognitivo y neuroanatómico sistémico para la toma de decisiones y su poca fluidez emocional. La premisa de esta hipótesis es que la toma de decisiones es un proceso influido por señales marcadas que surgen de procesos biorregulatorios, incluyendo aquellos expresados en emociones y sentimientos. Esta poca fluidez puede ocurrir en múltiples niveles de operación, algunos de los cuales ocurren de manera consciente y algunos de forma no percibida. La corteza orbitofrontal representa una estructura fundamental y crítica en el sistema neural, que favorece la toma de decisiones, aunque no está mediada únicamente por el cortex orbitofrontal, resulta también de sistemas a gran escala que incluye otros componentes corticales y subcorticales como la amígdala, la corteza somatosensorial e insular y el sistema nervioso periférico (Bechara, Damasio & Damasio, 2000).

La base clínica de la propuesta de Damasio (hipótesis de marcadores somáticos) está en función del estudio de pacientes con daño en zonas orbitales ventromediales del área prefrontal. Una de las características

de los pacientes era su conducta desafiante y antisocial, era evidente la falta de activación adecuada de los estados somáticos relacionados con el castigo, lo que resultaba en la dificultad para percatarse de las consecuencias negativas de sus acciones, pero producen una recompensa inmediata. La activación de los estados somáticos positivos (emociones positivas), también pueden señalar ventajas a futuro para el sujeto, aunque de forma inmediata la conducta produzca dolor (Flores, 2006).

La activación de los marcadores somáticos a nivel consciente permite destacar las consecuencias negativas de las posibles acciones, activando la supresión de las conductas que producirían estas consecuencias, de manera no-consciente. Los marcadores somáticos o las señales relacionadas con éstos, activan o inhiben los estados somáticos vegetativos.

Damasio (1998), sugiere que el aprendizaje de las conductas adaptativas y apropiadas especialmente las sociales, se desarrollan desde la infancia en el proceso educativo el cuál se encuentra bajo el control de castigo-recompensa, los estados somáticos se asocian con los eventos sociales que vive el sujeto. Los marcadores somáticos se dirigen hacia las consecuencias del futuro, más que a las inmediatas. Los procesos cognitivos más complejos seguirían conectados e interactúan con estos sistemas más primitivos que participan principalmente en las decisiones a futuro.

Como se mencionó anteriormente, los procesos de marcadores somáticos no son el único sistema de toma de decisiones, ya que los sistemas complejos de respuestas requieren realizar una selección entre múltiples respuestas, por lo que necesitan operar con muchas premisas, algunas que se perciben, otras evocadas de experiencias previas, y algunas formadas anticipando situaciones en el futuro. Por tanto, es necesario “marcar” algunas de ellas con los estados somáticos que ellas mismas activan. Para esto, sobresale la función de la memoria de trabajo quien define como la activación de numerosos sitios de la corteza, en regiones ampliamente distribuidas y por medio de la coordinación retrasada de estas activaciones, (Flores, 2006).

Existen diferentes modelos explicativos de las funciones ejecutivas y cada uno hace énfasis en algunos aspectos del gran conglomerado funcional de este constructo. Inicialmente, los intentos para conceptualizar las funciones ejecutivas resultaron en modelos “unitarios” como el propuesto por Baddeley, (1986), el de “ejecutivo central” o “sistema activante supervisor” (Norman & Shallice, 1986). Investigaciones posteriores mostraron que los modelos de unidad modular resultan muy simples y el constructo parece estar compuesto de diferentes factores pero interrelacionados, de donde surge la necesidad de estructurar modelos integrales (Anderson, et al., 2008; Tirapú-Ustárrroz, et al., 2008).

De acuerdo a Anderson, et al. (2008), los modelos explicativos más representativos de las Funciones ejecutivas incluyen: el Modelo de Sistema Supervisor Atencional, Modelo Memoria de Trabajo y el Modelo de Funciones ejecutivas (auto-regulatorio), a continuación se describen brevemente.

Es importante iniciar mencionando que los modelos están sesgados hacia los procesos ejecutivos “frios”. Así, bien podría asumirse como un modelo ejecutivo de procesos “hot” la propuesta de Damasio y sus “marcadores somáticos”, referidos anteriormente.

Modelo “Sistema Supervisor Atencional”

Norman y Shallice, (1986) proponen este modelo, que se basa en un desarrollo de las ideas de Luria (Flores, 2006), discrimina las acciones automáticas y aquellas que requieren “recursos atencionales deliberados”. Las acciones automáticas no requieren a la conciencia pues se han establecido a través de actividades rutinarias formando esquemas conductuales automatizados. Los “recursos atencionales deliberados” se activan ante situaciones novedosas requieren de un control deliberado y consciente, como son: planear y tomar decisiones, buscar soluciones a un problema cuando no hay una solución conocida, secuencias de acción mal aprendidas o que contienen nuevos elementos, situaciones de alta complejidad y situaciones que precisan

superar un hábito sobreaprendido. De acuerdo a Tirapú-Ustarroz, et al, (2008), este modelo se compone de cuatro elementos:

1. Unidades cognitivas: se localizan en la corteza posterior y son funciones asociadas a sistemas anatómicos específicos;
2. Esquemas: son conductas rutinarias y automáticas producto del aprendizaje y de la práctica dirigida a un fin. Estos esquemas pueden encontrarse en tres estados posibles: desactivados, señecionados o seleccionados. El esquema seleccionado determina el tipo de acción que se lleva a cabo, determinado por el grado de activación presente en un momento dado.
3. Dirimidor de conflictos, evalúa la importancia relativa de distintas acciones y ajusta el comportamiento rutinario a partir de ella. Este sistema es de bajo nivel y puede realizar acciones rutinarias relativamente complejas.
4. Finalmente, el Sistema atencional supervisor (SAS) modula, desde un nivel superior, al dirimidor de conflictos. Se activa ante tareas novedosas para las que no se conoce solución, hay que planificar y tomar decisiones o bien inhibir una respuesta habitual, es decir, tareas en las que la selección rutinaria de operaciones no resulta eficaz. Este sistema puede evitar o detener una conducta perseverante, suprimir respuestas a estímulos y generar acciones nuevas en situaciones en las que no se pone en marcha una acción rutinaria.

Modelo de Memoria de Trabajo

Se le considera componente integral del funcionamiento ejecutivo (Anderson, et al, 2008). En este modelo la memoria de trabajo se define como un “sistema de capacidad limitada que permite el almacenamiento temporal y manipulación de información necesaria para tareas complejas como comprensión, aprendizaje y razonamiento” (Badeley, 2000). Comprende tres componentes: un

“retén fonológico” que temporalmente mantiene y manipula información basada en el lenguaje; un “registro espacial” que mantiene y maneja información viso-espacial; un “ejecutivo central” que incluye la atención selectiva, coordina dos o más actividades concurrentes, re-enfoca la atención y recupera información de memoria a largo plazo.

Un cuarto componente sería el “buffer episódico” controlado por el ejecutivo central, provee un espacio de trabajo para el almacenamiento temporal de información y es capaz de integrar información de los sistemas “esclavos” y de la memoria a largo plazo para crear un evento episódico unitario o representación. El ejecutivo central tiene cuatro funciones primarias: primero atiende selectivamente a un cúmulo de información mientras ignora información irrelevante y distractores, segundo capacita múltiples tareas a completarse concurrentemente de forma coordinada, tercero, es la capacidad para re-enfocar la atención y responder dentro de una tarea o situación que requiere flexibilidad mental, finalmente, es la activación selectiva y temporal de representaciones desde la memoria a largo plazo lo cual es importante para ser capaz de responder a las demandas del medio ambiente (Tirapú-Ustarroz, et al., 2008).

Modelo de Funciones Ejecutivas (auto-regulatorio)

La auto-regulación es un elemento principal del funcionamiento ejecutivo y un principal componente de este modelo (Anderson, et al 2008). Este modelo propuesto por Barkley, (1997), en el que señala que la auto-regulación es cualquier respuesta diseñada para alterar la probabilidad de la respuesta subsecuente del individuo a un evento y al hacerlo, las funciones alteran la probabilidad de una consecuencia posterior relacionada a ese evento.

La auto-regulación incorpora la mayoría de los componentes clave de la función ejecutiva, incluye la conducta dirigida a una meta, desarrolla planes para mejorar metas orientadas al futuro, utilización de lenguaje auto-dirigido (interno), roles y planes y control de impulso. En este modelo un pre-requisito para los procesos ejecutivos o auto-reguladores, es que permanezca intacta la inhibición conductual, pues

provee un periodo de retraso para que ocurran los procesos ejecutivos comprende tres procesos interrelacionados:

1. La inhibición de una respuesta predominante, previamente asociada con reforzamiento inmediato;
2. Interrupción de un patrón de respuesta específica que permite dar tiempo a reaccionar,
3. Control de interferencia, que protege este periodo de retraso y procesa eventos distractores y respuestas. También es esencial para procesos ejecutivos, la inhibición conductual tiene poco o ningún control sobre el sistema motor como es el control motor, fluidez y sintaxis (Anderson, et al., 2008).

Estos autores también refieren, en el marco de este modelo, cuatro dominios ejecutivos primarios basados en las teorías iniciales.

- 1) Memoria de trabajo, sirve para referir una situación presente a eventos previos así como retener información derivada de este análisis lo que permite generar y retener metas orientadas al futuro. El plan de acción se representa temporalmente permitiendo la respuesta apropiada a ejecutarse en secuencia hasta alcanzar una meta futura. Se requiere para almacenar temporalmente metas e intenciones, generar planes de acción y ejecutar conductas orientadas a una meta. La memoria de trabajo depende de la inhibición conductual que protege de fuentes internas y externas de interferencia que puedan interrumpir esta fase de formulación de metas y planeación.
- 2) Auto-regulación de afecto/motivación/actividad. Con el fin de ejecutar la conducta orientada a la meta y auto-regular la emoción. Eventos específicos pueden provocar pensamientos emocionales intensos, si no son regulados deteriorarán la capacidad para formular metas apropiadas, generar el conjunto de respuestas y ejecutar la conducta orientada a la meta.
- 3) Internalización del lenguaje. El lenguaje auto-dirigido (privado) se considera un método para la auto-reflexión, describir eventos

y emociones, auto-cuestionarse, monitorear, formular roles y planes, por tanto puede ayudar a resolver problemas y junto con la memoria de trabajo, contribuir al razonamiento moral e influir de modo significativo en el auto-control.

4) Reconstitución. Regula dos funciones: análisis y síntesis. Análisis implica fragmentar la situación o conducta en sus componentes y puede modificarlas para construir una nueva aproximación o grupo de respuestas lo cual conformaría la síntesis.

ALTERACIONES DE LAS FUNCIONES EJECUTIVAS

De acuerdo a Sholberg y Mateer, (1989), las alteraciones en las funciones ejecutivas pueden determinar, más que otros procesos cognitivos, el grado de desarrollo social y vocacional debido a las actividades implicada en estas áreas.

Al deterioro de las funciones ejecutivas se le puede denominar disfunción ejecutiva, sin implicar un desorden unitario o generalizado (Jodar-Vicente, 2004; Anderson, et al., 2008).

Según Anderson, et al. (2008), varias expresiones en la actividad pueden describir la disfunción ejecutiva, entre otras, la incapacidad de enfocar o mantener la atención, impulsividad, desinhibición, deterioro de la memoria de trabajo, dificultades para monitorear o regular la conducta, poca habilidad para planear acciones, desorganización, pobre habilidad de razonamiento, dificultades para generar o implementar estrategias, conducta perseverante, resistencia a cambiar actividades, dificultades de ajuste ante demandas contrarias y fallas para aprender de los errores. También se asocia al afecto desadaptativo, nivel de energía inadecuado al contexto, iniciativa, conducta moral y social desadaptativo (Anderson, et al., 2008; Damasio, 1998; Sholberg y Mateer, 1989).

Lopera, (2008) ha propuesto tres grandes “síndromes disejecutivos” relacionados con alteraciones en diferentes regiones de los lóbulos frontales: síndrome prefrontal dorsolateral, síndrome orbitofrontal y síndrome mediobasal o cingular. Las lesiones de la región prefrontal

dorsolateral producen un síndrome seudodepresivo, alteración de la flexibilidad expresada como conductas de perseveración, conductas de utilización y trastornos de la memoria de trabajo y de la memoria de contexto. El síndrome prefrontal orbital se asocia a lesiones o disfunciones de la región orbital de los lóbulos frontales. Se manifiesta como un comportamiento desinhibido, pueril, egocéntrico y a veces maníaco pareciéndose a un síndrome seudopsicopático. El síndrome medio basal o cingular produce alteraciones de la memoria emocional, en las tareas de supervisión atencional y en la toma de decisiones. Mientras la corteza lateral prefrontal es esencial para sostener representaciones transitorias aún cuando el estímulo relacionado no está presente, la región prefrontal ventromedial conecta la información con la experiencia pasada, especialmente con asociaciones afectivas.

Algunos hallazgos de investigación muestran que muchos síndromes clínicos que se caracterizan por la dificultad de autorregulación, para automonitorearse, impulsividad, problemas en la toma de decisiones; entre otras manifestaciones, se deben precisamente a que tienen déficits en las funciones ejecutivas, como en la esquizofrenia, el trastorno antisocial de la personalidad, el trastorno obsesivo compulsivo, etc. (Lopera, 2008).

EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES EJECUTIVAS

La evaluación de las funciones ejecutivas no es un proceso fácil dada su naturaleza sistémica, asociativa y responsable de las funciones cognitivas del más complejo orden y nivel.

De acuerdo a Koechlin, et al., (2000), los tests para evaluarlas deben reunir los criterios relacionados precisamente con las características de estas funciones:

- a) Constituir tareas novedosas que el sujeto no ha tenido oportunidad de realizar anteriormente (y evitar así su reproducción automática);
- b) Inducir la “*manipulación de información*”, donde el control ejecutivo intervendría cuando hay que manipular información en-línea, mantenida en la memoria de trabajo o recuperar activamente información almacenada en la memoria de largo plazo;
- c) Flexibilidad, en donde el sujeto sea capaz de activar respuestas alternativas en diferentes situaciones e inhibir las respuestas automáticas;
- d) Evaluar la capacidad de *mantener un plan de acción*, que implica mantener la atención por largos periodos para controlar secuencias largas de acciones y
- e) La *toma de conciencia*, ya que a diferencia de las funciones no ejecutivas, las funciones ejecutivas pueden ser controladas conscientemente.

Flores, Ostrosky y Lozano, (2008), señalan la necesidad de contar con un instrumento que abarque la mayoría de funciones ejecutivas y diseñaron la “Batería de Funciones Frontales y Ejecutivas”, integrada por quince pruebas neuropsicológicas de alta confiabilidad, validez y se caracterizadas por tener poca complejidad cognitiva a favor de la especificidad de área. Evalúa diversas funciones frontales y ejecutivas relacionadas con esas áreas: COF y CFM, CPFDL y prefrontal anterior (CPFA). Actualmente se cuentan con datos normativos para 200 sujetos

entre 6 y 30 años de edad. Se continúa trabajando en el resto de la población y con pacientes con daño frontal para su validación clínica.

Las pruebas que evalúan funciones que dependen principalmente de la COF y CFM son:

1. Stroop. Evalúa la capacidad de control inhibitorio.

2. Prueba de cartas "Iowa". Evalúa la capacidad para detectar y evitar elecciones riesgosas y detectar y mantener elecciones benéficas.

3. Laberintos. Evalúa la capacidad para respetar límites y seguir reglas. Las pruebas que evalúan funciones que dependen principalmente de la CPFDL son:

a) Señalamiento autodirigido.- Evalúa la capacidad para utilizar la memoria de trabajo viso-espacial para señalar de forma autodirigida una serie de figuras.

b) Memoria de trabajo visoespacial secuencial.- Evalúa la capacidad para retener y reproducir activamente el orden secuencial visoespacial de una serie de figuras.

c) Memoria de trabajo verbal, ordenamiento.- Evalúa la capacidad para manipular mentalmente la información verbal contenida en la memoria de trabajo.

4. Prueba de clasificación de cartas.- Evalúa la capacidad para generar una hipótesis de clasificación y sobre todo para cambiar de forma flexible (flexibilidad mental) el criterio de clasificación.

5. Laberintos.- También permite evaluar la capacidad de anticipar de forma sistemática (planear) la conducta visoespacial.

6. Torre de Hanoi.- Evalúa la capacidad para anticipar de forma secuenciada acciones tanto en orden progresivo como regresivo (planeación secuencial).

7. Resta consecutiva.- Evalúa la capacidad para desarrollar secuencias en orden inverso (secuenciación inversa).

8. Generación de verbos.- Evalúa la capacidad de producir de forma fluida y dentro de un margen reducido de tiempo la mayor cantidad de verbos (fluidez verbal).

Las pruebas que evalúan funciones que dependen principalmente de la CPFA son:

1. Generación de clasificaciones semánticas. Evalúa la capacidad de productividad: producir la mayor cantidad de grupos semánticos y la capacidad de actitud abstracta: el número de categorías abstractas espontáneamente producidas.

2. Comprensión y selección de refranes. Evalúa la capacidad para comprender, comparar y seleccionar respuestas con sentido figurado.

3. Curva de metamemoria. Evalúa la capacidad para desarrollar una estrategia de memoria (control metacognitivo), así como para realizar juicios de predicción de desempeño (juicios metacognitivos) y ajustes entre los juicios de desempeño y el desempeño real (monitoreo metacognitivo).

Para asociar las funciones ejecutivas y la respuesta al tratamiento correccional, es necesario establecer, de acuerdo a los hallazgos en la investigación, la técnica de intervención que ha demostrado mayor eficacia con la población penitenciaria.

TRATAMIENTOS CORRECCIONALES

Se han dado esfuerzos por determinar qué tratamientos resultan más eficaces en términos de disminución de la reincidencia en la población de más alto riesgo (Redondo, et al, 2001; Tyson, 2002). Los más utilizados incluyen los psicodinámicos; los de desarrollo humano, educativas (enfocadas sólo en el aspecto escolar), técnicas conductuales y cognitivo conductuales y comunidad terapéutica (Redondo, 2000, 2001).

Estudios de meta-análisis, han intentado determinar cuáles son las técnicas de intervención correccional más eficaces (Andrews, et al, 1990; Landenberger y Lipsey,2005; Lipsey, et al, 2001; Redondo 2000; Tyson 2002; Van Voorhis, et al, 1995).

El meta-análisis realizado por Redondo, et al, (2000, 2003), señala que las intervenciones más eficaces y que generan menos reincidencias en función de sus modelos teóricos son el conductual y el cognitivo conductual. La eficacia de tratamiento por tipo de delincuente señaló como más eficientes los que trabajaron con criminales que delinquieron contra personas (los más peligrosos). En relación a los contextos, los programas más eficaces se dieron en las correccionales juveniles.

Tyson, (2002), evaluó la eficacia de intervención en criminales en términos de reincidencia del delincuente y la integridad del programa en términos de su solidez estructural (capacitación del equipo y principios aplicados en la rehabilitación). Los modelos conductual y cognitivo-conductual nuevamente resultaron los más eficaces. La mayor eficacia estuvo relacionada con la integridad de cada uno de estos programas.

La gran mayoría de los meta-análisis datan de los ochenta y noventa han influido en el campo de la rehabilitación del delincuente. El tratamiento cognitivo-conductual en ocasiones puede tener un efecto relativamente modesto pero significativo en términos de costo-beneficio de la reducción de la reincidencia (Allen, et al, 2001; Andrews, et al.,1990; Devon, et al., 2004; Friendship, et al., 2003;

Lipsey, 1999; Lipsey , et al., 2001; Lösel, 2000; Polaschek et al., 2005; Ralph, 2004; Urbaniok, et al., 2006; Van Voorhis, et al., 1995).

En términos generales, la aproximación cognitivo-conductual hace énfasis principalmente en que los problemas conductuales se mantienen en parte, por cogniciones desadaptativas (actitudes, creencias, interpretaciones, cantidad y calidad de información, entre otras). Se ayuda al sujeto a desarrollar habilidades cognitivas más apropiadas y hábitos que buscan reducir la conducta problemática. Se establecen nuevas habilidades cognitivas y hábitos que necesariamente se integran en las conductas adaptativas, asistido frecuentemente mediante un proceso de entrenamiento en destrezas conductuales (Presgrove, 2000).

COMPONENTES DE LAS TÉCNICAS COGNITIVO- CONDUCTUALES PARA CONTEXTOS CRIMINALES

Los programas para criminales hacen énfasis en el desarrollo individual e intentan enseñarles a comprender los procesos de pensamiento y la elección que inmediatamente precede a la conducta criminal. El primer paso suele ser aprender a automonitorear el pensamiento, después buscan ayudar al delincuente a identificar y corregir los patrones de pensamiento predispuestos, de riesgo o deficientes. Estas técnicas emplean un protocolo de técnicas estructuradas dirigidas a la construcción de habilidades cognitivas en áreas que los delincuentes muestran déficits y reestructuran la cognición en áreas del pensamiento que es rígido, predispuesto o distorsionado. Estas técnicas suelen incluir el entrenamiento de habilidades cognitivas, manejo de la ira y varios componentes suplementarios relacionados a las habilidades sociales, desarrollo moral y prevención de la recaída (Allen, et al., 2001; Beck & Fernández, 1998; Devon, et al., 2005; Henderson, 1986; Lipsey, et al., 2007; Polaschek et al., 2005).

El objetivo del entrenamiento de habilidades cognitivas es enseñar habilidades tales como: solución de problemas interpersonales (ampliando repertorios de información, desarrollo de soluciones alternas y evaluación de la respuesta), pensamiento abstracto,

razonamiento crítico, pensamiento causal, planeación a largo plazo y toma de perspectiva. Para esto, frecuentemente se usa juego de roles o práctica en situaciones reales para consolidar nuevas formas de afrontamiento que antes incluían hábitos inadaptativos y conducta agresiva o criminal (Beck & Fernández, 1998; Lipsey, et al., 2007).

Con respecto al entrenamiento de manejo de la ira, típicamente se enfoca en enseñar a los delincuentes a monitorear sus patrones de pensamiento automático ante situaciones en las cuales tienden a reaccionar con ira o violencia. Se ensayan varias estrategias para evaluar la validez de aquellos pensamientos que “disparan” la conducta violenta. También se les enseña a interpretar objetivamente las señales medioambientales, las conductas de los demás, a evitar sesgos y a considerar explicaciones no hostiles de la conducta interpersonal.

Algunos programas además construyen habilidades en solución de conflictos y otros se centran en asumir la responsabilidad personal del crimen (ejemplo: tendencia de los delincuentes desafiadores a justificar su comportamiento culpando a la víctima); desarrollan la empatía con la víctima (ejemplo: corrección de la minimización del daño que causaron). Junto con estos énfasis primarios, frecuentemente se usan técnicas adicionales como entrenar habilidades sociales, ejercicios de razonamiento moral o de la prevención de la recaída (Lipsey, et al., 2007).

La prevención de la recaída es cada vez más popular y se dirige al desarrollo de estrategias cognitivas del manejo de riesgo junto con un sistema de contratos conductuales para reducir los precursores de la conducta violenta (ejemplo: lugares de alto riesgo, situaciones o respuestas de afrontamiento desadaptativas).

ALGUNOS PROGRAMAS REPRESENTATIVOS

De acuerdo a Lipsey, et al. (2007), los programas correccionales más representativos son los siguientes:

El programa Razonamiento y Rehabilitación (RyR), (Porporino y Fabiano, 2000; Ross y Fabiano, 1985; Ross, et al., 1988), se organiza por medio de ejercicios que se enfocan en la modificación de la impulsividad, egocentrismo, pensamiento ilógico y rígido de los delincuentes y los enseña a detenerse y pensar antes de actuar, a considerar las consecuencias de su conducta, a conceptualizar vías alternas de respuesta para problemas interpersonales y considerar el impacto de su conducta sobre otros, particularmente sus víctimas.

Este programa fue adoptado por el sistema correccional canadiense y también ha sido implementado en una variedad de lugares y países como Estados Unidos, Inglaterra, España y Nueva Zelanda (Joy Tong, et al., 2006; Mullin & Simpson, 2007; Ross, et al., 1988).

Los resultados de este programa se analizaron después de su aplicación a una muestra de más de cuatro mil delincuentes canadienses entre 1989 y 1994 (Robinson, 1995). En términos de reincidencia oficial, la tasa de reincidencia después de un año de ser liberados fue de 24.8% para los controles y 19.7% para los participantes de R y R (una reducción de cinco puntos porcentuales) o una proporcional de 20.5%.

En un entorno Británico la evaluación de un programa R y R manejado como "*Pensamiento Recto*" en Libertad Condicional, usó tasas de reincidencia pronosticadas versus reales para examinar la eficacia del tratamiento (Raynor & Vanstone, 1996). El pronóstico de la tasa de reincidencia al año siguiente fue de 42% y el resultado observado de 35%, una reducción de reincidencia de 7%.

Raynor y Vanstone (1996), sugieren que una mejor respuesta al tratamiento se puede dar por una adecuada selección de delincuente así como la integridad del programa. En síntesis, existe evidencia

empírica que demuestra que los programas R y R pueden reducir la reincidencia y que los delincuentes que han evidenciado déficit cognitivos y tienen medio o alto riesgo de reincidir, se benefician de dichos programas (Allen, et al., 2001; Joy Tong, et al., 2006; Landenberger & Lipsey, 2005; McGuire & Hatcher, 2000; Ross, et al., 1988).

Un meta-análisis evaluó la capacidad de los programas de tratamiento Europeos para reducir la reincidencia entre los delincuentes y establecer si algún modelo de tratamiento fue más efectivo que otros, el estudio fue retrospectivo y utilizó bases de datos computarizadas (Redondo, et al, 2003). Se usó un sistema de búsqueda de 55 revistas especializadas del periodo 1980 a 1995 incluyendo material publicado o no. Se incluyeron a programas aplicados a personas bajo control del sistema de justicia, el programa debía mencionar un periodo establecido, diseño metodológico de comparación entre grupo control y experimental o mediciones pretest/postest e incluir alguna medición de reincidencia.

En total se analizaron 29 estudios que refirieron a 32 programas europeos que evaluaban la reincidencia durante seguimiento medio de dos años y se incluía un total de 5715 participantes. Para abarcar la heterogeneidad de resultados, se definieron y codificaron las siguientes variables: variables de tratamiento (modelo teórico), variables del sujeto (grupo de edad), variables del contexto (sitio del programa), variables metodológicas (tipo de diseño) y variables extrínsecas (fuentes). Los resultados señalan que de 32 programas globalmente considerados, se obtuvo un tamaño del efecto de $d = 0.242$ ($r = 0.12$), lo que implica una reducción del 12% de la reincidencia. En lo que respecta al efecto diferencial logrado por distintos modelos de tratamiento, los programas conductuales y cognitivo-conductuales mostraron las mayores reducciones en la reincidencia ($r+ = 0.231$ y $r+ = 0.226$) lo que representa el doble de efectividad para el promedio de los programas y ($r+=0.120$). Los autores concluyen que las tasas de reincidencia parecen asociarse con los siguientes factores: los programas más efectivos usaron intervenciones conductuales o cognitivo conductuales, la mayor efectividad se obtuvo con

delincuentes adultos, el factor mas relevante fue la aplicación de programas basados en modelos teóricos plausibles.

En efecto, varios estudios han demostrado la eficacia del tratamiento en la reducción de la reincidencia en una variedad de delincuentes, incluyendo: adultos de alto riesgo, delincuentes que abusan de sustancias y delincuentes juveniles (Allen, et al, 2001; Devon, et al, 2005; Joy Tong, et al, 2006; Redondo, et al, 2002).

Otro programa que se adaptó para el tratamiento de agresión y violencia, es *Prevención de la Recaída para Abuso de Sustancias* (Cortón, et al, 2006), que incorpora elementos de habilidades cognitivas y reestructuración cognitiva para afrontar situaciones de alto riesgo y detener el ciclo de recaída antes de que los lapsus o *caídas* lleguen a generar una recaída completa.

Este programa actualmente está habilitado en el sistema correccional canadiense y se le considera un programa de reintegración cognitivo-conductual intenso para delincuentes federales encarcelados. Intenta ayudar a criminales que han cometido al menos dos delitos violentos o a quienes se ha considerado de alto riesgo para cometer crímenes violentos (Fishbein y Sheppard, 2006; Priscgrove, 2000). Integra una variedad de aproximaciones rehabilitadoras, su modelo conceptual integra teorías de aprendizaje social y de procesamiento de información social. El programa se enfoca sobre actividad violenta criminal y agresión interpersonal que no necesariamente surge de la ira o de otros problemas de control emocional.

La intervención primaria es cognitivo conductual y se basa en habilidades, con énfasis en la prevención de la violencia (recaídas). Estas técnicas de intervención, mantenidas por una estrategia consistente que hace énfasis en el autocontrol, solución de problemas sociales, educación, automanejo, juego de roles y asignaciones de trabajo en el lugar de vivienda. La meta del programa es mejorar las habilidades de los participantes para reducir el riesgo de violencia futura, es decir, regular las conductas para mayor adaptabilidad en cualquier contexto (Avery-Leaf, et al, 1997; Cullen y Freeman-Longo,

2001; Prigsrove, 2000). Asimismo, este programa ha mostrado tener mayor eficacia en población de más alto riesgo (Cortón, et al, 2006).

Hay distintos procedimientos para evaluar la efectividad de los tratamientos correccionales que incluyen seguimiento a corto, mediano o largo plazo. Se usan con delincuentes en prisión y describen (o no) procedimientos específicos y monitorean los registros de los que vuelven a delinquir, para establecer las tasas de reincidencia. También existen instrumentos que evalúan los factores asociados al riesgo de reincidir.

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE PROGRAMAS CORRECCIONALES

Varios autores han destacado, entre los factores que afectan la efectividad de un programa, las características neuropsicológicas de los participantes y señalan que cuando no se consideran sus déficits cognitivos, al participar sujetos con esos déficits los resultados reflejarán menor eficacia del tratamiento, se cometen infracciones durante el mismo y se presentan mas recaídas tempranas (Fishbein y Sheppard, 2002; Giancola, 2008).

También se ha visto que, en delincuentes de alta peligrosidad se detectan de modo viable y confiable características generales e individuales que ponen en riesgo de repetición actos delictivos ya sean violentos o sexuales (Hanson y Bussière, 1998; Kubrin y Stewart, 2006; Langstrom y Grann, 2002; McSherry, 2004; Urbaniok, et al, 2006).

Algunos instrumentos que evalúan factores como la agresión, ya se han utilizado para evaluar la efectividad de los programas correccionales, como el cuestionario reactivo-proactivo (Raine et al., 2015,) para evaluar las diferencias neuropsicológicas entre internos agresivos y su respuesta al tratamiento. Según Fishbein, a partir de sus hallazgos que sugieren que funcionamiento cerebral y la conducta difieren entre agresivos premeditados e impulsivos, anticipó que esos subtipos pueden diferir en factores que contribuyen a la respuesta al tratamiento.

Otro instrumento que evalúa la agresión y se ha utilizado para evaluar la respuesta al tratamiento es el de reacción a la provocación de Novaco (Fishbein, et al, 2006). En su primera de dos partes el instrumento evalúa los dominios cognitivos, nivel de actividad, y la conducta. La segunda parte evalúa la reacción impulsiva, agresión verbal, confrontación física y expresión indirecta. Este instrumento es sensible al cambio, particularmente en respuesta a una intervención y también es un instrumento confiable (Fishbein, et al, 2006; Forbes, et al, 2004).

Un instrumento específico para evaluar el estilo cognitivo-conductual es la escala de responsividad y ganancia del tratamiento desarrollado por Ralph Serin (director de programas de investigación en el servicio correccional de Canadá). Se diseñó para evaluar el desempeño ante la aplicación de técnicas cognitivo conductuales. Cada dominio que evalúa es representado por una descripción, el formato es una entrevista semiestructurada y una escala del 0 a 3. Las subescalas incluyen: Identificación del problema, beneficios de macrotratamiento, beneficios de microtratamiento, distress y tratamiento, metas en el tratamiento, conductas en tratamiento, congruencia conductual, y apoyo al tratamiento (Fishbein, et al, 2006).

MÉTODO

En virtud de los objetivos de la investigación se llevaron a cabo tres estudios que a continuación se describen individualmente.

ESTUDIO UNO

FUNDAMENTACIÓN

La inseguridad, la delincuencia y la violencia en México han aumentado dramáticamente. Los delitos violentos son cada vez más recurrentes y se refleja en el aumento de la población penitenciaria de difícil manejo y recalcitrante. El estudio de las personas violentas o con alto riesgo de ser violentas y de criminales violentos, requiere cada vez mayor atención. La detección y caracterización de la población en alto riesgo de comportamientos violentos es fundamental para establecer medidas de prevención y en el caso de personas que ya tienen una historia criminal y violenta, es importante evaluar y monitorear sus características psicosociales históricas y modificables o clínicas para detectar niveles de riesgo y para observar cambios ante la exposición a programas de intervención. Por tanto, un recurso para este fin es la detección de las características diferenciadas entre población normal y penitenciaria,

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA (Pregunta de investigación)

¿Es posible que indicadores psicosociales y clínicos de la conducta violenta distingan a la población general de la penitenciaria?

OBJETIVO GENERAL

Examinar la interrelación de factores psicosociales asociados a la violencia, entre población penitenciaria y población sin antecedentes penales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Determinar el grado en el cual indicadores psicosociales de la violencia varían en un grupo de internos violentos y uno de población sin antecedentes penales.
- 2) Observar la variabilidad del nivel de ira y las diferentes formas de expresión en un grupo de internos violentos y población sin antecedentes penales.
- 3) Observar la variabilidad del tipo de agresión proactiva en un grupo de internos violentos y población sin antecedentes penales.

HIPÓTESIS

La población penitenciaria expresará mayores niveles de riesgo de violencia mediante indicadores psicosociales, que la población sin antecedentes penales.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

- Prospectivo, transversal, comparativo.

PARTICIPANTES

- Un total de 72 internos de un Reclusorio de la Ciudad de México y 74 varones de población civil, aparejados con la población interna por escolaridad, edad y nivel socioeconómico que radiquen en la Ciudad de México. Todos aceptan de forma voluntaria a participar en el estudio.

La población interna en el centro penitenciario del D.F., se caracterizó por haber cometido delitos violentos y por tener frecuentes castigos derivados de su conducta problemática, ubicándolos en el módulo de castigo. Se les requerirá participar en todas las evaluaciones del estudio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Internos de un centro de reclusión de la Ciudad de México que acepten voluntariamente a participar en el estudio. (Sus edades oscilaron de 21 a 49 años).
- Con un mínimo de 18 meses para compurgar su sentencia (para evitar el estrés de las preparaciones pre-liberacionales y probables transferencias).
- Se caractericen por haber cometido crímenes violentos.
- Se caractericen por tener frecuentes castigos derivados de su conducta problemática.
- Ubicados en el módulo de castigo.
- Que participen en todas las evaluaciones del estudio.
- Delincuentes cuyas conductas criminales se hayan notado asociadas a problemas con el manejo de emociones.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Alta psicopatía (con un puntaje mayor a 30 en la escala de psicopatía de Hare) en la población penitenciaria (en virtud de sus posibles efectos contaminantes sobre los efectos del tratamiento).
- Enfermedad mental diagnosticada, activa.
- Que sufran alguna patología que no permita las valoraciones establecidas en este estudio.
- Alteraciones visuales o auditivas serias no corregidas.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN DEL ANÁLISIS

- Datos de sujetos que no completen las evaluaciones establecidas en el estudio.

PARTICIPANTES: CARACTERÍSTICAS GENERALES

Participaron 75 personas sin antecedentes penales (externos) y 72 internos violentos, aparejados por edad, escolaridad y nivel socioeconómico. El grupo de población no penitenciaria y sin antecedentes penales reside en diferentes colonias populares de la delegación Iztapalapa. La tabla 1 muestra para la variable edad, el grupo externo con una media de 27 años y desviación estándar de 9.6 años. El grupo de internos arrojó una media de 29 años con una desviación estándar de 5.6 años sin que exista una diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 1

EDAD DE LA POBLACIÓN			p< PRUEBA T
GRUPO	EXTERNOS	INTERNOS	
N	75	72	
EDAD MEDIA (DE)	27 (9.6)	29 (5.6)	.10

La tabla 2 muestra que en ambos grupos el nivel escolar tiene una mediana de 9 años de escolaridad, 6 años mínimo de escolaridad y 16 años como máximo en el grupo de externos y 17 años de escolaridad para el grupo de internos.

Tabla 2

ESCOLARIDAD		
QUANTILES	EXTERNOS N=75	INTERNOS N=72
MÍNIMO	6	6
10%	7	6
25%	9	7
MEDIANA	9	9
75%	12	9
90%	13	10.4
MÁXIMO	16	17

Un criterio que la población penitenciaria requería para establecer la comparación con la población externa son los antecedentes de conducta violenta y criminal, por tanto, se describen sus características "*crimino-delictivas*". La tabla 3 muestra que el 52% de internos se

encontraban en prisión por robo agravado, el 17 % por homicidio calificado, el 12 % por secuestro y el resto se distribuye en otros delitos.

Tabla 3

DELITOS INTERNOS N=75		
DELITO	Frecuencia	Porcentaje
Homicidio Calificado	13	17%
Homicidio y Robo	3	4%
Tentativa de Homicidio	2	3%
Secuestro y Homicidio	1	1%
Daños a la Salud	3	4%
Delincuencia Organizada	1	1%
Robo Agravado	39	52%
Violación	2	3%
Secuestro	9	12%
Secuestro Express	2	3%
TOTAL	75	100%

Con respecto al número de castigos dentro de reclusión que reportaron los internos (tabla 4), 36 % señalaron que tenían varios castigos aunque no recordaban el número preciso de veces; el 23 % reportaron tener al menos dos castigos, el 11% señaló que al menos un castigo, el 6 % se reservó a dar esta información.

Tabla 4

NÚMERO DE CASTIGOS INTERNOS N=75		
CASTIGOS	Frecuencia	Porcentaje
1	8	11%
2	17	23%
3	2	3%
4	3	4%
5	4	5%
10	4	5%
20	2	3%
30	2	3%
50	1	1%
Varios	27	36%
No informó	5	6%
Total	75	100%

En relación al motivo de los castigos (tabla 5), el 27 % de los internos señala que se debió a riña, el 24 % afirmó que fueron varias las conductas que trasgredieron la normatividad institucional, el 20 % se negó a explicar el motivo, el 12 % señaló que se debió a la extorsión a otros internos, el 9% por indisciplina, como sería faltar al pase de lista en el horario establecido.

Tabla 5

MOTIVO DE CASTIGOS INTERNOS N=75		
MOTIVO	Frec.	Porc.
Amenazas	2	3%
Extorsión	9	12%
Indisciplina	7	9%
Motín	1	1%
Riña	20	27%
Robo	2	3%
Secuestro	1	1%
Varios	18	24%
No aporta dato	15	20%
Total	75	100%

El tiempo que los internos llevaban en prisión es variable (tabla 6), el periodo más frecuente es de los 21 a los 40 meses (20%), seguido de los 41 a los 60 meses (19%), de los 61 a 80 meses (19%) y de 1 a 20 meses (13 %).

Tabla 6

TIEMPO EN PRISIÓN INTERNOS N=75		
TIEMPO (meses)	Frecuencia	Porcentaje
1-20	10	13%
21-40	15	20%
41-60	14	19%
61-80	14	19%
81-100	5	7%
101-120	4	5%
121-140	5	7%
141-160	4	5%
No aportó dato	4	5%
Total	75	100

VARIABLES EN ESTUDIO

V.I. Personas con y sin antecedentes de reclusión por delitos violentos. Categórica, nominal.

V.D. Factores psicosociales de violencia. Numérica, ordinal

VARIABLES CONCEPTUALES

V.I. Personas sin antecedentes de reclusión por algún delito y personas con antecedentes de reclusión por delitos violentos. Las personas sin antecedentes de reclusión, son personas externas que no refieren antecedentes de haber cometido algún delito en toda su historia de vida. Las personas con antecedentes de reclusión por delitos violentos son aquellas internas en un Reclusorio de la Ciudad de México, cumpliendo una pena privativa de libertad por haber cometido uno o más delitos con violencia, según la siguiente definición: *“el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológico, trastorno del desarrollo o privaciones”* (Drug, et al, 2002).

V.D. Factores psicosociales de violencia. Se refieren a las características psicológicas o atributos del individuo y a su ambiente social que contribuyen de manera importante a la iniciación, evolución, tratamiento y seguimiento de la enfermedad mental (Valencia et al., 1989), y de la conducta violenta (Smith y Waterman, 2006).

OPERACIONALIZACIÓN

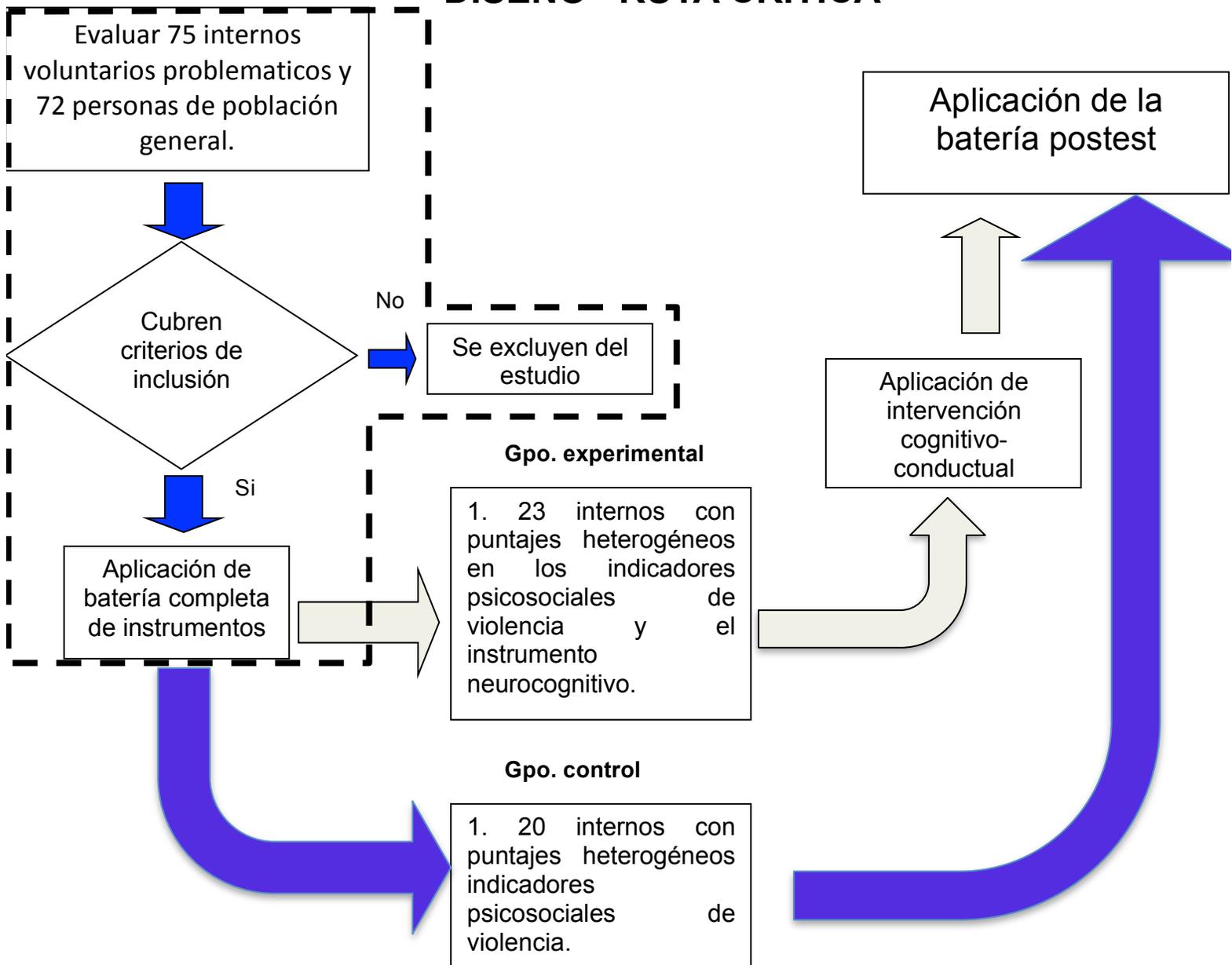
V.I. Personas con y sin antecedentes de reclusión por delitos violentos. Puntuaciones dicotómicas obtenidas al seleccionar o reclutar a las personas internas en un reclusorio por delitos violentos; que son indisciplinados y población civil sin antecedentes penales.

V.D. Factores psicosociales de violencia. Puntuaciones en la escala de “Reacción a la Provocación” de Novaco” y la “Escala de Agresión Proactiva-Reactiva de Raine”.

MEDICIÓN-INSTRUMENTOS

VARIABLE	INSTRUMENTO	DESCRIPCIÓN
Psicopatología	MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Sheehan	Evalúa de modo estructurado los principales trastornos psiquiátricos.
Indicadores psicosociales de violencia	Inventario de Reacción a de Novaco	Integrado por 73 ítems que evalúan, ante situaciones hipotéticas de provocación, el dominio cognitivo, el dominio de la actividad fisiológica, el dominio de la conducta y el grado de ira.
	Escala de agresión proactiva y reactiva de Raine	Escala con 23 ítems que evalúan la agresión proactiva caracterizada por ser premeditada y poco empática y la agresión reactiva que se caracteriza por dificultades en la autorregulación emocional y conductual.

DISEÑO -RUTA CRITICA-



Primer estudio

PROCEDIMIENTO

Se elaboró una relación de internos con antecedentes de conductas violentas ocurridas tanto en el exterior como en el Reclusorio, ubicados en módulo de máxima seguridad por tiempo indefinido. Las fuentes para esta relación fueron los registros de las bitácoras de las sesiones de consejo técnico interdisciplinario para identificar los casos de internos frecuentemente sancionados por conductas violentas y, en menor medida, informantes del personal reclusorio.

Todas las actividades programadas en el reclusorio se realizaron los días lunes, miércoles y viernes (días en que no hay visita familiar), entre las 11:00 y las 18:00 horas, en aulas del área del Centro de Diagnóstico y Determinación del Tratamiento (área técnica).

A los internos que reunían los criterios de inclusión se les invitó a participar, se les detallaron las características del mismo y se les explicó el carácter voluntario de su participación.

Para tipificar la comparación entre población no penitenciaria con la penitenciaria, se solicitó autorización tanto a la Secretaría de Educación Pública como a las Direcciones de varias escuelas para adultos de la delegación Iztapalapa para llevar a cabo el estudio evaluando al alumnado que cubriera los criterios de participación. Se seleccionaron aquellas personas con características sociodemográficas y culturales semejantes a los internos, se les invitó a participar en el estudio detallándoles las características del mismo y explicando el carácter voluntario para su participación.

Se acordó con las autoridades penitenciarias del Reclusorio que los participantes que concluyeran el estudio adecuadamente se les otorgará constancia de participación expedida por la Subsecretaría del Sistema Penitenciario del D.F., para que se integre a su expediente y les ayude en su situación jurídica, de esto se les informó a los participantes.

Se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos descritos en el estudio a la población penitenciaria y no penitenciaria. Las aplicaciones se realizaban en un aula con distribución típica de salón de clase del edificio de Centro de Determinación de Ubicación con la iluminación y espacio necesario.

Para trasladar a los internos al área de trabajo, los responsables del estudio iban a las áreas de máxima seguridad o dormitorios de castigo del Centro de Reclusión y los internos eran trasladados con apoyo de elementos de seguridad al aula en cuestión, los elementos de seguridad no permanecían en la sesión y acudían por ellos al término de la sesión para regresarlos a su estancia.

En virtud de que el objetivo de esta primera medición era valorar las diferencias entre los promedios de los puntajes se seleccionó como análisis estadístico la prueba T de Student para grupos independientes a fin de comparar las medias y sus diferencias entre el grupo de población penitenciaria y el grupo de población no penitenciaria.

ESTUDIO 1: RESULTADOS

Se describen los resultados que arrojaron diferencias estadísticamente significativas. Las descripciones completas se integran en el Anexo 1.

Con la Prueba T de Student de Grupos Independientes para ambos grupos de participantes (externos e internos) se compararon los promedios de los puntajes crudos de las escalas indicadoras de violencia y se obtuvo probabilidad asociada a sus diferencias. Los asteriscos junto a los valores en paréntesis denotan probabilidades asociadas menores a .05.

Con respecto a la “Escala de Agresión Proactiva-Reactiva de Raine” (véase la Tabla 3). Los puntajes de la población externa en “agresión proactiva” revelaron un promedio de 2.6 con desviación estándar (DE) de 2.6, mientras que la población penitenciaria o interna tuvo un promedio de 5.8 (DE = 4), estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0.0001^*$). En “agresión reactiva” la población externa tuvo un promedio de 7 (DE=4) y los internos 11 (DE=4.2), las diferencias en este tipo de agresión también fueron estadísticamente significativas ($p < 0.0001^*$). El puntaje total de esta escala en promedio fue para los externos de 9.5 (DE=5.8) y en los internos de 17 (DE=7.5), diferencias que también fueron estadísticamente significativas ($p < 0.0001^*$).

Tabla 3

AGRESIÓN PROACTIVA Y REACTIVA (Raine)			
Puntajes de indicadores de violencia en población civil vs población penitenciaria			
POBLACIÓN	EXTERNOS	INTERNOS	p<
N	75	72	
	MEDIA (DE)	MEDIA (DE)	
AGRESIÓN PROACTIVA	2.6 (2.6)	5.8 (4)	0.0001*
AGRESIÓN REACTIVA	7 (4)	11 (4.2)	0.0001*
PUNTAJE GLOBAL	9.5 (5.8)	17 (7.5)	0.0001*

Reacción a la provocación

La Prueba T de Grupos Independientes para la “Escala de *Reacción a la Provocación* de Novaco” (véase la Tabla 4), arrojó los siguientes resultados: en el factor de “*foco atencional*” del “dominio cognitivo”, la población no penitenciaria obtuvo un puntaje promedio de 7.8 (DE=1.6), mientras que los internos tuvieron en promedio 10 (DE=1.6), las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0.001^*$).

En el factor “*rumiación*”, los externos obtuvieron un puntaje promedio de 6.4 (DE=1.4) y los internos 7.2 (DE=1.9), las diferencias entre ambos puntajes resultó estadísticamente significativa ($p < 0.001^*$).

En el factor “*actitud hostil*” los externos puntuaron en promedio 5.6 (DE.=1.7) mientras que los internos obtuvieron el puntaje de 6.4 (DE=1.9) y las diferencias entre ambos puntajes fueron estadísticamente significativas ($p < 0.004^*$).

En el factor “*susplicacia*” el puntaje promedio que obtuvo la población no penitenciaria fue de 7.1 (DE=1.7) y los internos fue de 9.6 (DE=1.8) y las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0.001^*$).

El **puntaje total** promedio del “*dominio cognitivo*” que obtuvo la población externa fue de 27 (DE=4.5), mientras que los internos obtuvieron puntaje promedio de 33 (DE=5.7), la diferencia entre ambos grupos fue estadísticamente significativas ($p < 0.001^*$).

Activación fisiológica

En lo correspondiente al dominio *Activación fisiológica*, en el factor de “*intensidad*”, la población civil obtuvo un puntaje promedio de 7 (DE=1.7) y la población interna tuvo un promedio de 8.3 (DE=2), las diferencias entre ambos promedios de acuerdo a la prueba T fue estadísticamente significativa ($p < 0.001^*$).

En el factor “*duración*” los externos mostraron puntaje promedio de 6.2 (DE=1.8), mientras que los internos tuvieron el promedio de 7.1

(DE=2.4), las diferencias entre ambas medias fueron estadísticamente significativas ($p < 0.004^*$).

En el factor *“tensión/actividad”* los externos puntuaron en promedio 5.6 (DE=1.5), mientras que los internos 6.5 (DE=2.2), diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.002^*$).

El factor *“irritabilidad”* reflejó para los externos un puntaje promedio de 5.7 (DE=1.3) y para los internos 6.7 (DE=2.1), diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001^*$).

El puntaje **total promedio** del dominio *activación fisiológica* que obtuvo la población civil fue de 24.5 (DE=5), mientras que los internos obtuvieron puntaje promedio de 28.4 (DE=7) y estas diferencias en los promedios, de acuerdo a la prueba T, reflejaron ser estadísticamente significativas ($p < 0.001^*$).

Dominio Conductual

En lo correspondiente al *“dominio conductual”*, el factor de *“reacción impulsiva”* en los participantes externos se obtuvo un puntaje promedio de 6 (DE=2), mientras que en los internos fue de 7.3 (DE=2.5), diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.0001^*$);

El factor *“agresión verbal”* los externos mostraron un promedio de 6 (DE=1.7) y los internos de 7 (DE=2.3), ($p < 0.01^*$). En *“confrontación física”* los externos tuvieron un promedio de 6.5 (DE=2) y los internos 8.5 (DE=2), ($p < 0.001^*$). El puntaje total del *“dominio conductual”* para los externos fue en promedio de 25.6 (DE=11) y para los internos fue de 27.6 (DE=7), diferencias no significativas ($p = 0.09$).

Con respecto a la Parte “B” de la escala (*grado de enojo ante la provocación*), el factor *“boicoteador del tratamiento”* la población externa obtuvo un puntaje medio de 11 (DE=3.7) y los internos de 13 (DE=3.7), ($p < 0.002^*$). En el factor *“injusticia”* los externos tuvieron un promedio de 11.8 (DE=3.2) y los internos de 15.8 (DE=2.9), ($p < 0.001^*$); en el factor *“frustración/interrupción”* los externos mostraron un promedio de 11.3 (DE=3.5) y los internos de 13.5 (DE=3.9), ($p < 0.001^*$).

En el factor “*rasgos de molestia*”, los externos tuvieron un puntaje promedio de 10.2 (DE=3.6), mientras que el de los internos fue de 12 (DE=4.9) ($p<0.009^*$). Finalmente, el puntaje total de la parte “B” de la escala, los externos mostraron puntaje promedio de 55 (DE=16) y los internos de 65.7 (DE=16) diferencias estadísticamente significativas ($p<0.001^*$).

Tabla 4

ESCALA DE REACCIÓN A LA PROVOCACIÓN DE NOVACO				
Puntajes de indicadores de violencia en población externa vs población penitenciaria				
POBLACIÓN		EXTERNOS	INTERNOS	p<
N		75	72	
		MEDIA (DE)	MEDIA (DE)	
DOMINIO COGNITIVO	FACTOR FOCO ATENCIONAL	7.8 (1.6)	10 (1.6)	0.0001*
	FACTOR RUMIACIÓN	6.4 (1.4)	7.2 (1.9)	0.001*
	FACTOR ACTITUD HOSTIL	5.6 (1.7)	6.4 (1.9)	0.004*
	FACTOR SUSPICACIA	7.1 (1.7)	9.6 (1.8)	0.0001*
	TOTAL DOMINIO COGNITIVO	27 (4.5)	33 (5.7)	0.0001*
DOMINIO ACTIVIDAD	FACTOR INTENSIDAD	7 (1.7)	8.3 (2)	0.0001*
	FACTOR DURACIÓN	6.2 (1.8)	7.1 (2.4)	0.004*
	FACTOR TENSIÓN/ ACTIVIDAD	5.6 (1.5)	6.5 (2.2)	0.002*
	FACTOR IRRITABILIDAD	5.7 (1.3)	6.7 (2.1)	0.0003*
	TOTAL DOMINIO ACTIVIDAD	24.5 (5)	28.4 (7)	0.0001*
DOMINIO CONDUCTUAL	FACTOR REACCIÓN IMPULSIVA	6 (2)	7.3 (2.5)	0.0003*
	FACTOR AGRESIÓN VERBAL	6 (1.7)	7 (2.3)	0.015*
	FACTOR CONFRONTACIÓN FÍSICA	6.5 (2)	8.5 (2)	0.0001*
	FACTOR EXPRESIÓN INDIRECTA	5 (1)	4.7 (1.3)	0.9
	TOTAL DOMINIO CONDUCTUAL	25.6 (11)	27.6 (7)	0.09
PARTE “B”	B. BOICOTEADOR DEL TRATAMIENTO	11 (3.7)	13 (3.7)	0.002*
	B. INJUSTICIA	11.8 (3.2)	15.8 (2.9)	0.0001*
	B. FRUSTRACIÓN/INTERRUPCIÓN	11.3 (3.5)	13.5 (3.9)	0.0002*
	B. RASGOS DE MOLESTIA	10.2 (3.6)	12 (4.9)	0.009*
	B. IRRITACIONES	10.8 (3.5)	11.5 (3.7)	0.14
	TOTAL PARTE “B” NIVEL DE ENOJO	55 (16)	65.7 (16)	0.0001*

ESTUDIO 1

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Los factores psicosociales asociados a la violencia en general diferenciaron a la población penitenciaria de la población civil, al mostrar la población penitenciaria un mayor y significativo puntaje en varios de los principales factores asociados a la violencia, lo que es consistente con otros estudios (Arce, et al., 2010; Smith, et al., 2006; Ross & Fontao, 2007; Smith & Waterman, 2006). Así, en la población penitenciaria existe mayor riesgo de conductas socialmente amenazantes, violentas y dañinas (Baker, et al., 2008).

En cuanto a Reactividad a la Provocación (*Novaco*) todos los dominios de la Escala (cognitivo, actividad, conductual y nivel de ira, la población penitenciaria puntó más elevado que la población civil. En el dominio Cognitivo, en todos los factores (foco atencional, rumiación, actitud hostil y suspicacia) la población penitenciaria arrojó significativamente mayor puntaje. Estos hallazgos indican que esta población tiene mayores déficits en la capacidad cognitiva para auto-regularse que la población externa. Esto incluye interpretar las señales ambientales, aplazar las respuestas conductuales impulsivas, además de que tienen dificultades para evaluar las consecuencias de sus actos, en comparación con los externos (Marceau, 2008; Herrero, et al., 2010; Hoppenbrouwers, et al., 2013; Riggs, et al., 2006; Yechiam, et al., 2008), Fishbein, et al., 2009).

De modo similar, en la *activación fisiológica* todos los factores (intensidad, duración, tensión/actividad e irritabilidad) y el puntaje global, fueron significativamente más elevados en la población penitenciaria que en la población externa. Esta activación fisiológica de la ira ante situaciones de provocación señala precisamente el vínculo ira-activación fisiológica. Una implicación directa de este hallazgo es que quienes tienen elevada activación fisiológica por la ira están en mayor riesgo de violencia conductual.

El nivel de activación fisiológica merece atención en el ámbito de la salud en contextos penitenciarios. El ambiente psicosocial de los reclusorios es estresante por los antecedentes delictivos de los internos

que suele invadir las formas de relacionarse en prisión. Una proporción de la población penitenciaria parecería utilizar estrategias de afrontamiento que les permite contenerse y no responder impulsivamente a la provocación. De ser así, existiría una sobreactivación fisiológica no exteriorizada, lo que podría influir en el desarrollo de patologías médicas asociadas precisamente a la supresión de la ira tales como la hipertensión arterial (Baker, et al., 2008).

En relación al dominio conductual, los factores significativamente más elevados en la población penitenciaria que en la externa fueron las reacciones impulsivas, agresiones verbales y confrontaciones físicas, factores generalmente desadaptativos que predisponen al individuo a conductas violentas, dañinas y riesgo adicional de provocar lesiones, incluso de forma letal (Baker, et al., 2008).

El factor conductual que prácticamente no mostró diferencia entre ambos grupos fue la “expresión indirecta” y el puntaje global del dominio. En “expresión indirecta”, incluso, la población externa puntuó ligeramente más elevado que la penitenciaria (no significativamente). Esta expresión de la ira suele considerarse como expresión adaptativa de la ira, en el sentido de que conductualmente no hay violencia o agresión física y es una forma de exteriorizar la ira “pasivamente”, recurso que requiere un nivel aceptable de habilidades sociales. De tal forma, déficits en este factor reflejan carencia de recursos psicosociales de la población penitenciaria, así como de dificultades para expresar la ira con un estilo de afrontamiento que no sea la violencia directa verbal o física. Sin embargo, también podría ser una expresión de la agresión proactiva, en el sentido de que aunque la persona no agrede directamente puede manipular a otros para agredir a una persona específica, lo cual concuerda con otros hallazgos (Smith & Waterman, 2006).

En cuanto al *nivel de ira*, la población penitenciaria puntuó significativamente más alto que la externa en formas específicas tales como: boicotear el tratamiento, sensación de injusticia, frustración-interrupción, y sensación de molestia” así como el puntaje total del dominio parte “B”. Así, en general, la población penitenciaria tiene menos tolerancia a la frustración y su nivel de ira es mayor, aspecto

que los predispone a la pobre adherencia a tratamientos y a la violencia.

Los hallazgos en relación a agresión, la Novaco Anger Scale o **NAS** muestran que en la población penitenciaria la experiencia subjetiva de la ira y sus componentes (activación fisiológica, cogniciones de antagonismo y conducta agresiva) es mayor que la población externa (Baker, et al. 2008). También concuerda con otros hallazgos respecto al factor cognitivo (Arce, et al., 2010; Smith, et al., 2006; Ross & Fontao, 2007; Smith & Waterman, 2006), la conducta (Arce, et al., 2010; Smith, et al., 2006; Ross & Fontao, 2007; Smith & Waterman, 2006) y el nivel de ira (Arce, et al., 2010; Smith, et al., 2006).

En cuanto a la activación fisiológica relacionada a la ira no se encontraron antecedentes específicos, lo que señala la importancia de diseñar estudios sobre este componente como un correlato de la ira y predictor de la violencia. Al igual que los otros componentes podría incluirse como un indicador de la predicción de la violencia en disciplinas forenses.

El presente estudio muestra que el NAS es una medición útil de la ira, de la predicción de la violencia, de problemas de ajuste institucional, por tanto, puede ayudar en la identificación de áreas problemáticas y en la clasificación de subgrupos para la programación de intervenciones institucionales sugeridas por otros (Baker, et al. 2008 y Fishbein, et al. 2009).

Respecto a la agresión reactiva y proactiva (*Raine*) el presente estudio mostró que este instrumento es sensible para discriminar a la población penitenciaria de la externa. En efecto, la población penitenciaria tiende a ser significativamente más agresiva tanto de forma proactiva como reactiva. En la agresión proactiva, los internos tienden a hacer más uso de una forma de agresión premeditada y predatoria mediante actos planeados, controlados y sin contenido emocional definido (Arias & Ostrosky, 2008), que la población externa (Arce, et al., 2008). Los hallazgos sugieren que la población penitenciaria es más violenta, poco empática y cruel al cometer actos violentos.

La población penitenciaria también resultó más proclive a hacer uso de la agresión impulsiva que la población externa con actos no planeados, espontáneos, fuera de proporción ante un evento que se considera provocador. Suelen presentarse en un estado de agitación precedido por la ira, y generalmente manifiestan culpa después del acto (Arias & Ostrosky, 2008), dichas condiciones los pone en mayor riesgo de cometer conductas dañinas y violentas que provoquen lesiones e incluso la muerte.

Tanto la agresión proactiva como la reactiva se expresa más en la población penitenciaria, probablemente por la falta de fluidez de sus historias de vida, por estilos de vida desarrollados en prisión, además factores de riesgo psicosociales, genéticos y biológicos asociados a la violencia (Blair & Cipolotti, 2000; Chugani, et al., 2001; Eluvathingal, et al., 2006; Fabian, 2010; Fishbein & Sheppard, 2006; Lee & Hoaken, 2007; Raine, et al., 2002; Sohlberg & Mateer, 1989; Volavka, 1999; Wood, et al., 2006).

Los presentes hallazgos sobre agresión reactiva y proactiva y reacción a la provocación señalan la utilidad y sensibilidad de los instrumentos para distinguir población penitenciaria de la externa, incluyendo discriminar niveles de ira y violencia entre subgrupos poblacionales, por ejemplo, entre la población penitenciaria violenta y no violenta. Esto aporta elementos para establecer grupos con características diferenciadas y, dado que son indicadores cognitivos y conductuales, fungen como factores clínicos que podrían ser sensibles a la exposición a tratamientos (Webster, Douglas, Eaves & Hart, 1995).

ESTUDIO 2

FUNDAMENTACIÓN

Los sujetos que compurgan una pena privativa de libertad en los reclusorios por cometer delitos violentos y son indisciplinados en reclusión, difícilmente reciben atención profesional. Estos individuos representan un riesgo institucional y social por la alta tasa de reincidencia delictiva y violenta que presentan. Su manejo institucional es deficiente y frecuentemente las medidas que reciben consisten en acentuar las estrategias punitivas, como mantenerlos segregados, ubicarlos en módulos de máxima seguridad o trasladarlos a otros centros penitenciarios sin opciones de manejo clínico basado en la investigación. Estas medidas con frecuencia aumentan el riesgo de reincidencia. Así, los esfuerzos que se traduzcan en instrumentar dentro de la institución medidas de intervención objetivamente dirigidas y con base en la evidencia, representará una importante aportación al discurso institucional de reinserción social y a la investigación.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Un programa correccional de corte cognitivo-conductual disminuirá el riesgo de violencia y mejorará indicadores psicosociales de conducta violenta de población penitenciaria?

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Determinar el grado en el cual *indicadores psicosociales* de la violencia difieren entre un grupo de internos violentos que reciben tratamiento y un grupo que no lo recibe, identificando qué *factores psicosociales* asociados a la conducta violenta se modifican en función a la exposición a un tratamiento cognitivo-conductual en participantes internos violentos.
- 2) Determinar el grado en el cual los *indicadores psicosociales* de la violencia explican parcial o completamente la relación entre la exposición al tratamiento y los efectos de éste.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

- Prospectivo, intrasujetos, causa efecto, pretest-postest, comparativo.

PARTICIPANTES

- Un total de 43 internos de sexo masculino de un Reclusorio de la Ciudad de México caracterizados por haber cometido delitos violentos y por tener frecuentes castigos derivados de su conducta en prisión, ubicados en módulos de castigo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Internos de un Reclusorio de la Ciudad de México que acepten voluntariamente a participar en el estudio.
- Se caractericen por haber cometido crímenes violentos.
- Se caractericen por tener frecuentes castigos derivados de su conducta problemática.
- Internos que se ubiquen en el módulo de castigo.
- Tendrán que participar en todas las evaluaciones establecidas en este estudio.
- Delincuentes cuyas conductas criminales son asociadas a problemas con el control de emociones y conducta.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Alta psicopatía >30 puntos en la escala de Hare(dado los posibles efectos contaminantes sobre los efectos del tratamiento).
- Enfermedad mental activa diagnosticada.
- Sujetos que sufran alguna patología que no permita las valoraciones establecidas en este estudio.

- Alteraciones visuales o auditivas serias no corregidas.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN DEL ANÁLISIS

- Sujetos que no completen las evaluaciones establecidas en el estudio.
- Los internos que abandonaron el programa de tratamiento por motivos de su situación jurídica fueron excluidos del estudio (traslados, libertades anticipadas, etc.). No así los que abandonaron por motivos extrainstitucionales como conductas disruptivas durante el tratamiento y su subsecuente castigo institucional (riña, asalto, etc.), abandono sin motivo, agresivos en el proceso del tratamiento, etc. Estos internos continuaron en el estudio y se les evaluó en la fase posterior al tratamiento para documentar posibles cambios en las variables dependientes o déficits neurocognitivos.

Características generales del grupo con y sin tratamiento

Al comparar a los grupos con y sin tratamiento en relación a la edad y escolaridad (tabla 5), las edades de todos los participantes oscilaron entre 21 y 49 años, los que recibieron el tratamiento con promedio de 31 años (DE= 5.2), mientras que el grupo sin tratamiento 28.8 (DE= 5.3), sin diferencia estadísticamente significativa.

En la escolaridad, el grupo con tratamiento tuvo un promedio de 9 años (DE= 0.4), y el grupo sin tratamiento 8.2 (DE= 0.5), sin significancia estadística.

Tabla 5

EDAD Y ESCOLARIDAD DE INTERNOS PARTICIPANTES N=46			p<
GRUPO	Con tratamiento	Sin tratamiento	
N	24	22	
EDAD MEDIA (DE)	31 (5.2)	28.8 (5.3)	0.08
ESCOLARIDAD MEDIA (DE)	9 (0.4)	8.2 (0.5)	0.12

En cuanto estado civil (tabla 6), del grupo sin tratamiento 16 internos refirieron estar solteros (35 %), tres casados (7%) y otros tres en unión libre (7%). En el grupo con tratamiento nueve refirieron estar en unión libre (20 %), ocho señalaron estar solteros (17%) y cuatro estar casados (7%).

Tabla 6

ESTADO CIVIL DE LOS INTERNOS PARTICIPANTES N=46						
	casado	separado	divorciado	soltero	u. libre	Total
Sin tratamiento	3 6.52 %	0 0.00 %	0 0.00 %	16 34.78 %	3 6.52 %	22 47.83 %
Con tratamiento	4 8.70 %	2 4.35 %	1 2.17 %	8 17.39 %	9 19.57 %	24 52.17 %
Total	7	2	1	24	12	46

Características crimino-delictivas

En relación a los antecedentes de reclusión por delitos de los participantes, en el grupo sin tratamiento 14 internos referían tener un solo ingreso a prisión (66 %) y 7 referían tener varios ingresos (33 %), mientras que en el grupo con tratamiento 15 refirieron tener un solo ingreso a prisión (66 %) y 7 señalaron tener varios (33 %).

Con respecto al delito que cometieron (tabla 7), la mayoría cometieron el delito de robo (grupo con tratamiento 18 internos 39% y grupo sin tratamiento 9 internos 20%).

Tabla 7

DELITOS DE LOS INTERNOS PARTICIPANTES N=46									
GRUPO	Daños a la salud	Homicidio	Posesión de arma	Robo	Secuestro	Secuestro expres	Tentativa de Homicidio	Violación	Total
Sin tratamiento	2 4.39 %	3 6.5 %	1 2.17 %	9 19.55 %	3 6.52 %	1 2.17 %	2 4.35 %	1 2.17 %	22 47.83 %
Con tratamiento	0 0.00	2 4.34 %	0 0.00	18 39.13 %	1 2.17 %	1 2.17 %	1 2.17 %	1 2.17 %	24 52.17 %
Total	2	5	1	27	4	2	3	2	46

La mayoría refirió tener varias sanciones disciplinarias por la autoridad penitenciaria (tabla 8), incluso, no recuerdan el número de sanciones, en esta situación se encontraban 19 internos que recibieron el tratamiento (42 %) y 8 internos del grupo sin tratamiento (20 %).

Tabla 8

NÚMERO DE SANCIONES DISCIPLINARIAS DE LOS PARTICIPANTES										
N=46										
Count Total %	0	1	10	2	20	3	4	5	Varias	Total
Sin tratamiento	3 6.67 %	3 6.67 %	1 2.22 %	1 2.22 %	1 2.22 %	2 4.44 %	1 2.22 %	1 2.22 %	9 20 %	22 46.67 %
Con tratamiento	0 0.00 %	1 2.22 %	1 2.22 %	2 4.44 %	0 0.00 %	0 0.00 %	1 2.22 %	0 0.00 %	19 42.22 %	24 53.33 %
Total	3	4	2	3	1	2	2	1	28	46

Los motivos para la sanción más reciente fueron diversas (tabla 9), más de una trasgresión a las normas institucionales fue el motivo de la sanción en el caso de 7 internos del grupo sin tratamiento (16%) y 12 en el grupo con tratamiento (26%). La riña ocupa el segundo motivo más frecuente, en el grupo sin tratamiento con 6 casos (13%), mientras que el grupo con tratamiento con 5 casos (11%).

Tabla 9

MOTIVO DE SANCIONES INTERNOS											
N=46											
Grupo	Niega	Amenazas	Celular	Extorción	Homicidio	Indisciplina	Motín	Riña	Robo	Varios	Total
Sin tratamiento	3 6.67%	0 0.00%	2 4.44%	1 2.22%	1 2.22%	0 0.00%	1 2.22%	6 13.3%	1 2.22%	7 15.5%	22 48.6%
Con tratamiento	0 0.00%	1 2.22%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	5 11.11%	0 0.00%	5 11.1%	1 2.2%	12 26.6%	24 53.3%
Total	3	1	2	1	1	5	1	11	2	19	46

VARIABLES EN ESTUDIO

V.I.: Tratamiento Cognitivo-Conductual para contextos penitenciarios (variable categórica nominal).

V.D.: Factores psicosociales de violencia (variable numérica, ordinal).

DESCRIPCIONES CONCEPTUALES

V.I.: Tratamiento Cognitivo-Conductual para contextos penitenciarios (Programa Razonamiento y Rehabilitación de Ross y Fabiano). El programa Razonamiento y Rehabilitación, se organiza por medio de ejercicios que se enfocan en la modificación de la impulsividad,

egocentrismo, pensamiento ilógico y rígido de los delincuentes y los enseña a parar y pensar antes de actuar, a considerar las consecuencias de sus conductas, a conceptualizar vías alternas de respuesta para problemas interpersonales y para considerar el impacto de su conducta sobre otra gente, particularmente sus víctimas (Porporino y Fabiano, 2000; Ross y Fabiano, 1985; Ross, et. al 1988).

V.D.: Factores psicosociales de violencia. Características psicológicas o atributos del individuo y a su ambiente inmediato que contribuyen de manera importante a la iniciación, evolución, tratamiento y seguimiento de la enfermedad mental (Valencia et al.,1989) y de la conducta violenta (Smith y Waterman, 2006).

DESCRIPCIONES OPERACIONALIZADAS

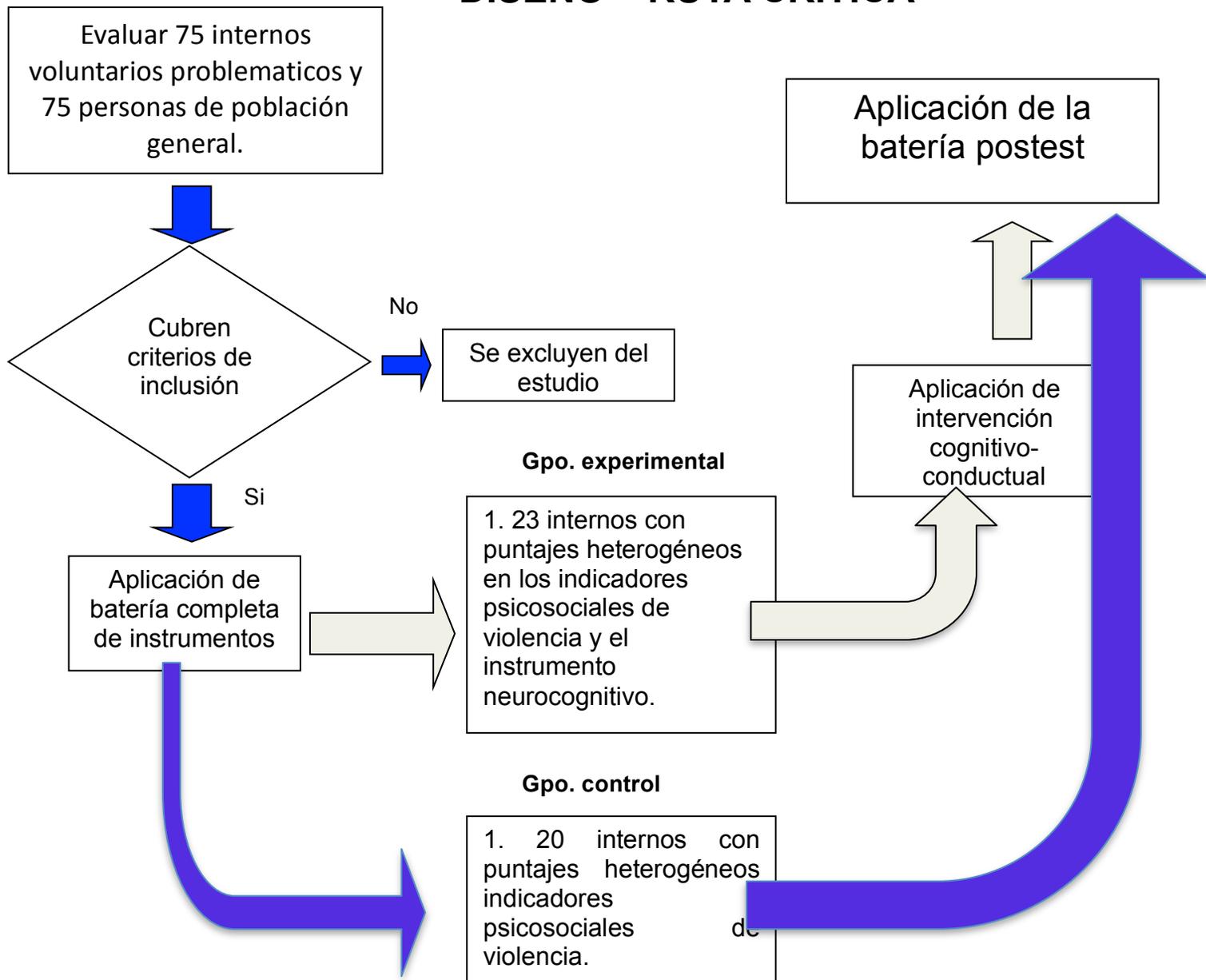
V.I.: Tratamiento Cognitivo-Conductual para contextos penitenciarios Puntuaciones de la participación en el programa de Intervención Cognitivo-Conductual Correccional (véase sección de procedimiento).

V.D.: Factores psicosociales de violencia. Puntuaciones a obtenerse dentro de un diseño pretest-postest, en los instrumentos pormenorizados en la siguiente tabla.

INSTRUMENTOS Y MATERIALES

VARIABLE	INSTRUMENTO	DESCRIPCIÓN
Psicopatología	MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Sheehan	Evalúa de modo estructurado los principales trastornos psiquiátricos.
Psicopatía	PCL-R de Hare	Entrevista semiestructurada con 20 ítems que evalúa el factor de las relaciones interpersonales, la afectividad y desviación social asociados al constructo de psicopatía.
Indicadores psicosociales de violencia e indicadores de respuesta al Tratamiento	inventario de Reacción a de Novaco	Inventario con 73 ítems que evalúa la ira, ante situaciones hipotéticas de provocación, se clasifica en el dominio cognitivo, el dominio de la actividad fisiológica, el dominio de la conducta y el grado de ira o parte B de la escala.
	Escala de agresión proactiva y reactiva de Raine	Escala con 23 ítems que evalúan la agresión proactiva caracterizada por ser premeditada y poco empática y la agresión reactiva que se caracteriza por dificultades en la autorregulación emocional y conductual.
	Escala de Compromiso, Responsividad y Mejoría al Tratamiento de Serin	Entrevista semiestructurada con 24 ítems que evalúan el compromiso (disponibilidad de participar en un proceso terapéutico), responsividad (apego a los lineamientos del proceso terapéutico) y mejoría (habilidades desarrolladas durante el proceso terapéutico) ante el tratamiento correccional.
	Escala de Riesgo de Violencia de Webster, Douglas, Eaves y Hart.	Entrevista semiestructurada con 3 ítems que evalúan 3 factores asociados a la conducta violenta y al riesgo de reincidir violentamente: factores históricos o estáticos (inmodificables ante el tratamiento), factores clínicos o dinámicos (generalmente se modifican ante el tratamiento) y gestión de riesgo (factores medioambientales que exponen a la reincidencia violenta).

DISEÑO – RUTA CRÍTICA



PROCEDIMIENTO

- Se elaboró una relación de internos con antecedentes de conductas violentas tanto en el exterior como en el Reclusorio, ubicados en módulo de máxima seguridad por tiempo indefinido. Las fuentes para esta relación fueron las bitácoras de las sesiones de consejo técnico interdisciplinario e informantes del reclusorio, para identificar los casos de internos frecuentemente fueron sancionados por conductas violentas.
- Todas las actividades programadas en el reclusorio se realizaron los días lunes, miércoles y viernes (días que no hay visita familiar), en horarios que oscilaban de las 11:00 hrs. a las 18:00 hrs, en aulas del área del Centro de Diagnóstico y Determinación del Tratamiento ("*Área técnica*").
- A los internos con los criterios de inclusión requeridos se les invitó a participar, se les detallaron las características del mismo y se les explicó el carácter de voluntariedad para participar en él.
- Se acordó con las autoridades penitenciarias del Reclusorio que los participantes que concluyan el estudio adecuadamente se les otorgará constancia de participación expedida por la Subsecretaría del Sistema Penitenciario del D.F. a fin de integrarla a su expediente en posible beneficio de su situación jurídica, de esto se les informó a los participantes.
- Estas evaluaciones se realizaban en un aula con distribución típica de salón de clase del edificio de Centro de Determinación de Ubicación y Determinación del Tratamiento, con la iluminación y espacio necesario para las actividades del programa.
- Para trasladar a los internos al área de trabajo, los responsables del taller iban a las áreas de máxima seguridad o dormitorios de castigo del Centro de Reclusión y los internos eran trasladados con apoyo de elementos de seguridad al aula en cuestión, los elementos de seguridad no permanecían en la sesión y acudían por ellos al término de la sesión para regresarlos a su estancia.

- Se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos considerados en el estudio a la población penitenciaria y no penitenciaria.
- Aquellos internos evaluados con los instrumentos del estudio pero que no continuaron el proceso debido a que fueron trasladados a otros centros de reclusión u otras áreas del reclusorio que les impedía continuar con el estudio, fueron considerados dentro del grupo que no recibió tratamiento ("*control*"), los que continuaron y tenían posibilidades de acceso al área técnica donde se conducirían las sesiones terapéuticas se les consideró en el grupo con la condición experimental ("*tratamiento*").
- Los internos que abandonaron el programa de tratamiento por motivos de su situación jurídica: traslados, libertades anticipadas, etc., se eliminaron del análisis. Los que abandonaron por motivos extrainstitucionales como conductas disruptivas durante el tratamiento (riña, asalto, etc.), abandono sin motivo, etc. se les evaluó en la fase posterior al tratamiento para observar si tuvieron cambios en las variables dependientes.
- La intervención se llevó a cabo en tres sesiones semanales de 2 a 3 horas de duración cada una, con grupos pequeños de hasta quince participantes en un total de 37 sesiones. La entrevista motivacional se llevó a cabo de forma individual una semana antes de iniciar los módulos de tratamiento. La duración total de la intervención abarcó cuatro meses (Véase el anexo 2).
- Al concluir el tratamiento se llevó a cabo la aplicación post-tratamiento de los instrumentos y se hizo entrega de constancias de participación.
- Dado que se busca una comparación de grupo en el sentido de distinguir los grupos, para el análisis estadístico se aplicó la prueba T de Student para grupos independientes a fin de comparar las diferencias entre las medias del grupo que posteriormente recibiría el tratamiento y el que no lo recibiría, mediante el paquete estadístico JMP8.

RESULTADOS: ESTUDIO DOS

Se describen en detalle los resultados estadísticamente significativos. Las descripciones completas se integran en el Anexo 1.

Se examinan las diferencias de los promedios en los puntajes de los instrumentos indicadores de violencia entre grupo de la población penitenciaria que recibió el tratamiento Cognitivo-Conductual (n=24) y el grupo que no lo recibió (n=22). El asterisco junto a los valores entre paréntesis denotan probabilidades asociadas menores a .05.

En relación a la “Escala de *Agresión Proactiva-Reactiva* de Raine” (Tabla 10). En la “agresión proactiva”, las diferencias de los puntajes de las mediciones pre-post del grupo con tratamiento fue de -4.3 con desviación estándar de 4.3, mientras que el grupo de internos que no recibió el tratamiento mostró una diferencia de las mediciones pre-post de -.5 (DE=4.7), ($p < 0.008^*$). En “agresión reactiva”, el grupo con tratamiento mostró diferencias pre-post de -2.4 (DE=5.3) y el grupo sin tratamiento obtuvo 1.8 (DE=4), ($p < 0.003^*$).

El puntaje *total* en las diferencias de mediciones pre-postest de esta escala fue para el grupo con tratamiento de -7.7 (DE=8.7) y en el grupo sin tratamiento de 1.5 (DE=7.7), ($p < 0.001^*$).

Tabla 10

AGRESIÓN PROACTIVA Y REACTIVA (RAINE)			
Diferencia en puntajes antes y después del tratamiento N=46			
POBLACIÓN PENITENCIARIA	CON TRATAMIENTO	SIN TRATAMIENTO	P
N	24	22	
	MEDIA (DE)	MEDIA (DE)	
AGRESIÓN PROACTIVA	-4.3 (4.3)	-.5 (4.7)	<0.008*
AGRESIÓN REACTIVA	-2.4 (5.3)	1.8 (4)	<0.003*
PUNTAJE GLOBAL	-7.7(8.7)	1.5 (7.7)	<0.001*

Con respecto a la diferencia en las mediciones pre-postest de la “Escala de *Reacción a la Provocación* de Novaco” (véase la Tabla 11), en el

dominio cognitivo el factor “foco atencional”, el grupo con tratamiento obtuvo una diferencia de -1.3 (DE=1.9), mientras que el grupo sin tratamiento obtuvo 0.6 (DE=1.6), ($p < 0.001^*$).

En el factor “actitud hostil” el grupo con tratamiento puntuó las diferencias en las mediciones pre-post en promedio -0.5 (DE=1.7) mientras que el grupo sin tratamiento tuvo 1.1 (DE=2.3) ($p < 0.01^*$).

En el factor “susplicacia” el promedio de las diferencias en las mediciones pre-post que obtuvo el grupo con tratamiento fue de -1.4 (DE=2.4) y el grupo sin tratamiento de 0.4 (DE=2.1) ($p < 0.008^*$).

El puntaje *total* de las diferencias pre-post promedio del “dominio cognitivo” que obtuvo el grupo con tratamiento fue de -3.9 (DE=5.6), mientras que el grupo sin tratamiento obtuvieron diferencia promedio de 2.2 (DE=4.6), ($p < 0.0001^*$).

En lo correspondiente al dominio de “*activación fisiológica*”, en el factor de “intensidad”, el grupo con tratamiento obtuvo una diferencia pre-post de -0.9 (DE=1.8) y el grupo sin tratamiento tuvo un promedio de 0.7 (DE=1.7), ($p < 0.002^*$).

En el factor “duración”, el grupo con tratamiento obtuvo un puntaje en las diferencias de la medición pre-post de -1.4 (DE=2.3), mientras que el grupo sin tratamiento tuvieron 0.6 (DE=2.8), ($p < 0.009^*$).

En el factor “tensión/actividad” en el grupo con tratamiento la diferencia pre-post en promedio fue de -0.5 (DE=1.8), mientras que el grupo sin tratamiento fue 1.2 (DE=2), ambas estadísticamente significativas ($p < 0.005^*$).

El factor “irritabilidad” reflejó para el grupo con tratamiento un puntaje de diferencias pre-post de -0.5 (DE=1.9) y para el grupo sin tratamiento 0.8 (DE=2.6), diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05^*$).

El puntaje *total* de las diferencias pre-post del “dominio activación fisiológica” que obtuvo el grupo con tratamiento fue de -3.4 (5.6),

mientras que el grupo sin tratamiento obtuvo un puntaje promedio de 3.3 (DE=6) ($p < 0.001^*$).

En lo correspondiente al "*dominio conductual*", el factor de "reacción impulsiva" el grupo con tratamiento mostró diferencias pre-post de -1.2 (DE=2.4), mientras que en el grupo sin tratamiento fue de 0.4 (DE=2.3), ($p < 0.02^*$).

El factor de "agresión verbal" para el grupo con tratamiento se arrojó diferencias pre-post de -0.7 (DE=2) y en el grupo sin tratamiento fue de 0.5 (DE=2.5), diferencias apenas marginalmente significativas ($p < 0.07$).

En el factor "confrontación física" el grupo con tratamiento obtuvieron diferencias de -1.6 (DE=1.9) y el grupo sin tratamiento 0.2 (DE=1.8), ($p < 0.001^*$).

En el factor "expresión indirecta", el grupo con tratamiento mostró un puntaje promedio de -0.2 (DE=0.9) y el grupo sin tratamiento de 1.6 (DE=2), ambas diferencias significativas ($p < 0.001^*$).

El puntaje de las diferencias en las mediciones pre-post **total** del "*dominio conductual*" para el grupo con tratamiento fue de -3.4 (DE=5.6) y para el grupo sin tratamiento fue de 2.5 (DE=6), de tal forma que hubo diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.002^*$).

Tabla 11

PRUEBA T DE GRUPOS INDEPENDIENTES MEDICIONES PRETEST-POSTEST				
PRUEBA T ESCALA DE REACCIÓN A LA PROVOCACIÓN DE NOVACO				
Diferencia en puntajes entre grupo con y sin tratamiento antes y después N=46				
POBLACIÓN		CON TRATAMIENTO	SIN TRATAMIENTO	P
N		24	22	
		MEDIA (DE)	MEDIA (DE)	
DOMINIO COGNITIVO	FACTOR FOCO ATENCIONAL	-1.3 (1.9)	0.6 (1.6)	0.0008*
	FACTOR RUMIACIÓN	-0.8 (2.1)	0.09 (1.7)	0.1216
	FACTOR ACTITUD HOSTIL	-0.5(1.7)	1.1(2.3)	0.0107*
	FACTOR SUSPICACIA	-1.4(2.4)	0.4(2.1)	0.008*
	TOTAL DOMINIO COGNITIVO	-3.9(5.6)	2.2 (4.6)	0.0002*
DOMINIO ACTIVIDAD	FACTOR INTENSIDAD	-0.9(1.8)	0.7(1.7)	0.002*
	FACTOR DURACIÓN	-1.4(2.3)	0.6 (2.8)	0.009*
	FACTOR TENSIÓN/ACTIVIDAD	-0.5(1.8)	1.2 (2)	0.005*
	FACTOR IRRITABILIDAD	-0.5(1.9)	0.8 (2.6)	0.05*
	TOTAL DOMINIO ACTIVIDAD	-3.4 (5.6)	3.3 (6)	0.0004*
DOMINIO CONDUCTUAL	FACTOR REACCIÓN IMPULSIVA	-1.2 (2.4)	0.4 (2.3)	0.02*
	FACTOR AGRESIÓN VERBAL	-0.7(2)	0.5 (2.5)	0.07
	FACTOR CONFRONTACIÓN FÍSICA	-1.6 (1.9)	0.2 (1.8)	0.001*
	FACTOR EXPRESIÓN INDIRECTA	-0.2 (0.9)	1.6 (2)	0.0005*
	TOTAL DOMINIO CONDUCTUAL	-3.3(6.2)	2.5 (6)	0.002*
PARTE "B"	BOICOTEADOR DEL TRATAMIENTO	-2.1 (3.6)	0.9 (3.6)	0.005*
	INJUSTICIA	-2.9 (3.7)	-0.8 (3.5)	0.05*
	FRUSTRACIÓN/INTERRUPCIÓN	-2.7 (3.8)	-0.3 (3.6)	0.03*
	RASGOS DE MOLESTIA	-3 (5.4)	1.5 (4.6)	0.004*
	IRRITACIONES	-0.6 (3.8)	2.2 (3.8)	0.01*
	TOTAL PARTE "B" NIVEL DE ENOJO	13 (2.8)	3.6 (2.9)	0.0002*

Con respecto a la Parte "B" de la escala (*grado de enojo ante la provocación*), el factor "boicoteador al tratamiento", el grupo que recibió tratamiento mostró diferencias de las mediciones pre-post de-

2.1 (DE=3.6) y en el grupo sin tratamiento fue de 0.9 (DE=3.6), ($p < 0.005^*$).

En el factor “injusticia” el grupo con tratamiento obtuvo diferencias pre-post de -2.9 (DE=3.7) y el grupo sin tratamiento de -0.8 (DE=3.5), ($p < 0.05^*$).

En el factor “frustración/interrupción” el grupo sin tratamiento tuvo el promedio en las diferencias pre-post de -2.7 (DE=3.8) y en el grupo sin tratamiento fue de -0.3 (DE=3.6), ($p < 0.03^*$).

En el factor “rasgos de molestia”, el grupo con tratamiento tuvo un puntaje promedio de -3 (DE=5.4), mientras que en el grupo sin tratamiento fue de 1.5 (DE=4.6), ($p < 0.004^*$).

En el factor “irritaciones” el grupo con tratamiento arrojó diferencias pre-post de -0.6 (DE=3.8) y el grupo sin tratamiento 2.2 (DE=3.8), ($p < 0.01^*$).

Finalmente, el puntaje **total** de la parte “B” de la escala, el grupo con tratamiento obtuvo diferencias pre-post de 13 (DE=2.8) y en el grupo sin tratamiento de 3.6 (DE=2.9), reflejando diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001^*$).

Otro instrumento clínico usado para evaluar el impacto al tratamiento fue la “Escala de *Compromiso-Responsividad y Mejoría por el Tratamiento*” (véase la Tabla 12). También se utilizó la prueba *t* para grupos independientes para establecer la probabilidad asociada a las diferencias entre promedios de las mediciones pre-post tratamiento.

En el marco del área que evalúa el “*Compromiso con el Tratamiento*”, el factor “reconocimiento de problemas” el grupo con tratamiento mostró una diferencia pre-post de 1.2 (DE=1.2), mientras que el grupo sin tratamiento 0.4 (DE=1.2), ($p < 0.02^*$).

En el factor de “*beneficios de un macro-tratamiento*”, se observó en el grupo con tratamiento diferencias pre-post de 0.7 (DE=0.9) y en el grupo sin tratamiento de -0.09 (DE=0.8), ($p < 0.002^*$).

En el factor *beneficios de un micro-tratamiento*, el grupo que recibió el tratamiento obtuvo un puntaje promedio en las mediciones pre-post de 0.2(DE=1.4), mientras que el grupo sin tratamiento obtuvo -0.4(DE=1), ($p<0.04^*$)

En el factor "*distrés derivado de la terapia*", el grupo con tratamiento tuvo un promedio en las diferencias pre-post tratamiento de 0.3(DE=1.2), en el grupo sin tratamiento fue de -0.5(1.2), ($p<0.01^*$)

En el factor "*apoyo externo en la terapia*" el grupo con tratamiento tuvo una diferencia en las mediciones pre-post tratamiento con una media de 0.3 (DE=0.7), mientras que el grupo sin tratamiento tuvo -0.2 (DE=0.9), (0.005^*)

El **total** del área de "compromiso al tratamiento", el grupo con tratamiento tuvo diferencias en los puntajes pre-post un promedio de 3.7 (DE=1), mientras que el grupo sin tratamiento tuvo -1.2 (1), estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p<0.0001^*$).

Con respecto al área que evalúa la "*responsividad al tratamiento*", en el factor "negación" el grupo con tratamiento tuvo una diferencia en las mediciones pre-post tratamiento con una media de 1 (DE=1.1) y el grupo sin tratamiento 0.0 (DE=1.6), ($p<0.008^*$).

En lo correspondiente al factor "*poder y control*" el grupo con tratamiento tuvo una diferencia en las mediciones pre-post tratamiento con una media de 0.5 (DE=1.2) y el grupo sin tratamiento -0.6 (DE=0.6), ($p<0.0001^*$).

En el factor "*inflexibilidad*" el grupo con tratamiento tuvo una diferencia en las mediciones pre-post tratamiento con una media de 0.6 (DE=0.2) y el grupo sin tratamiento -0.13 (0.2), ($p<0.01^*$).

En el factor "*victimización*", el grupo con tratamiento tuvo una diferencia en las mediciones pre-post tratamiento con una media de 0.8 (DE=0.2) y el grupo sin tratamiento -0.09 (DE=0.2), ($p<0.008^*$).

El factor “*actitud procriminal*” el grupo con tratamiento tuvo una diferencia en las mediciones pre-post tratamiento con una media de 0.08 (DE=1.1); mientras que el grupo sin tratamiento -0.5 (DE=0.7), ($p < 0.02^*$).

El puntaje de las diferencias promedios en las mediciones pre-postest **total** del área “responsividad” para el grupo con tratamiento fue de 3.7 (DE=1) y para el grupo sin tratamiento de -1.2 (DE=1) ($p < 0.0001^*$).

Tabla 12

PRUEBA T DE GRUPOS INDEPENDIENTES MEDICIONES PRETEST- POSTEST				
ESCALA DE COMPROMISO, RESPONSABILIDAD Y GANANCIA AL TRATAMIENTO DE SERIN				
Diferencia en puntajes entre grupo con y sin tratamiento antes y después del tratamiento N=46				
POBLACIÓN		CON TRATAMIENTO	SIN TRATAMIENTO	p<
N		24	22	
		MEDIA (DE)	MEDIA (DE)	
COMPROMISO	RECONOCIMIENTO DE PROBLEMAS	1.2 (1.2)	0.4 (1.2)	0.02*
	BENEFICIOS DE UN MACRO-TRATAMIENTO	0.7 (0.9)	-0.09 (0.8)	0.002*
	BENEFICIOS DE UNA MICRO-TERAPIA	0.2(1.4)	-0.4(1)	0.04*
	DISTRESS DERIVADO DE LA TERAPIA	0.3(1.2)	-0.5(1.2)	0.01*
	APOYO EXTERNO EN LA TERAPIA	0.3 (0.7)	-0.2 (0.9)	0.005*
	TOTAL COMPROMISO	2.6(5.4)	-2.6 (4.1)	0.0003*
RESPONSIVIDAD	NEGACIÓN	1(1.1)	0.0 (1.6)	0.008*
	PODER Y CONTROL	0.5 (1.2)	-0.6 (0.6)	0.0007*
	INFLEXIBILIDAD	0.6 (0.2)	-0.13 (0.2)	0.01*
	VICTIMIZACIÓN	0.8 (0.2)	-0.09 (0.2)	0.008*
	ACTITUD PROCRIMINAL	0.08 (1.1)	-0.5 (0.7)	0.02*
	TOTAL RESPONSABILIDAD	3.7(1)	-1.2 (1)	0.0009*

Respecto a la escala de *Riesgo de Comportamientos Violentos* (véase la Tabla 13), debido a que los Factores de riesgo históricos o estáticos no son modificables, sólo se evaluaron transversalmente antes del tratamiento. El propósito fue observar si las condiciones psicosociales de ambos grupos eran similares en un principio.

El grupo con tratamiento tuvo en promedio un puntaje de 11.8, mientras que el grupo sin tratamiento tuvo 10.5 sin diferencia estadísticamente significativa ($p=0.14$). Los siguientes dos factores (clínicos y los reactivos de riesgo), se evaluaron longitudinalmente por factor y posteriormente de manera global (antes y después de la intervención) y se promediaron las diferencias en cada grupo (con y sin tratamiento).

En los *factores de riesgo* clínicos, el grupo con tratamiento tuvo una diferencia en las mediciones pre-post tratamiento con una media de -0.4 (DE=1.9), mientras que el grupo sin tratamiento obtuvo 0.8 (DE=1.5), ($p<0.01^*$).

En cuanto los *reactivos de riesgo*, el grupo con tratamiento tuvo una diferencia en las mediciones pre-post tratamiento con una media de -1.1 (DE=2) y el grupo sin tratamiento 0.7 (DE=1), ($p<0.001^*$).

Finalmente, las diferencias en las mediciones pre-post en el puntaje **global** de esta escala para el grupo con tratamiento fue de -1.7 (3.9) y para el grupo sin tratamiento de 1.9 (DE=2.1), las diferencias entre ambos grupos fue estadísticamente significativa (0.000*).

Tabla 13

ESCALA DE RIESGO DE COMPORTAMIENTOS VIOLENTOS DE HILTERMAN Y PUEYO			
Diferencia en puntajes antes y después entre grupo con y sin tratamiento			
POBLACIÓN PENITENCIARIA	CON TRATAMIENTO	SIN TRATAMIENTO	SIGN. T
N	24	22	
FACTORES DE RIESGO	MEDIA (DE)	MEDIA (DE)	
RIESGO HISTÓRICO (MEDICIÓN TRANSVERSAL PRE-TRATAMIENTO)	11.8	10.5	0.14
RIESGO CLÍNICO	-0.4 (1.9)	0.8 (1.5)	0.01*
ITEMS DE RIESGO	-1.1 (2)	0.7 (1)	0.000*
PUNTAJE GLOBAL	-1.7 (3.9)	1.9 (2.1)	0.000*

A fin de ponderar la mejoría interna en función del tratamiento se aplicó la prueba T de student *para grupos relacionados* a las mediciones pre-post tratamiento unicamente de los internos que recibieron el tratamiento (n=24).

Con respecto a la escala de “*agresión proactiva-reactiva*” (Raine) (véase la Tabla 14), en el área específica de “agresión proactiva” el grupo de internos que recibieron el tratamiento (n=24) tuvo una media en el puntaje pre-test de 7.7, y media en el puntaje postest de 3.3 con una media en la diferencia de -4.4, resultando estadísticamente significativa ($p < 0.000^*$).

En el área de “*agresión reactiva*”, tuvieron una media en el puntaje pre de 12.4 y en el post de 9.2 con una diferencia entre ambas mediciones promedio de -3.2, ($p < 0.004^*$). En el puntaje **global** obtuvieron un puntaje promedio en la fase pre de 20 y en la post de 12, con una media en la diferencia de -7.5, de tal forma que la diferencia fue estadísticamente significativa.

Tabla 14

ESCALA DE AGRESIÓN PROACTIVA-REACTIVA (RAINE)				
Diferencia en puntajes antes y después del tratamiento				
N	24			SIGN. T
	Media pre	Media post	Media dif.	
AGRESIÓN PROACTIVA	7.7	3.3	-4.4	<.0001*
AGRESIÓN REACTIVA	12.4	9.2	-3.2	0.004*
PUNTAJE GLOBAL	20	12	-7.5	0.0003*

En la “escala de reacción a la provocación” de Novaco (tabla 15), en el “dominio cognitivo”, los internos en el factor “foco atencional” tuvieron un puntaje promedio de la evaluación pre-tratamiento (tx) de 10 y en la medición post-tratamiento de 9, con una diferencia entre ambas mediciones promedio de -1.2, lo que resultó estadísticamente significativo (0.003*). En el factor “suspiciacia” el puntaje promedio pre-tratamiento que obtuvieron fue de 10, mientras que en la fase post-tratamiento de 8.8 con una media de diferencia de -1.4, resultando estadísticamente significativa (0.008*); el puntaje promedio total del

“dominio cognitivo” en la fase pre-tratamiento fue de 35 y en la fase post-tratamiento de 31, teniendo una media de diferencia de -3.9y estadísticamente fue significativo (0.002*).

En el “dominio actividad fisiológica”, dentro del factor “intensidad” los internos tuvieron un puntaje promedio en la evaluación pre-tratamiento de 8.5 y en la medición postratamiento de 7.6, la diferencia fue una media de -0.9, resultando en una diferencia estadísticamente significativa (0.01*); en el factor “duración” tuvieron un puntaje promedio de la evaluación pre-tratamiento de 8 y en la medición post-tratamiento de 6.5, con una diferencia entre ambas mediciones en promedio de -1.4, resultando en una diferencia estadísticamente significativa (0.006*); el puntaje promedio total del “dominio actividad fisiológica” en la fase pre-tratamiento fue de 30.5 y en la fase post-tratamiento de 27, teniendo una media de diferencia de -3.3, lo que estadísticamente fue significativo (0.007*).

En el “dominio conductual”, dentro del factor “reacción impulsiva” los internos tuvieron un puntaje promedio de la evaluación pre-tratamiento de 8.1 y en la medición postratamiento de 6.9, la diferencia fue una media de -1.3, resultando en una diferencia estadísticamente significativa (0.01*); en el factor “confrontación física” tuvieron un puntaje promedio de la evaluación pre-tratamiento de 9.3 y en la medición postratamiento de 7.6, la diferencia fue una media de -1.7, y estadísticamente fue significativa (0.00*); el puntaje promedio total del “dominio conductual” en la fase pre-tratamiento fue de 30 y en la fase postratamiento de 26, teniendo una media de diferencia de -3.9, lo que estadísticamente fue significativo (0.003*).

En la parte “B” de la escala (grado de enojo ante provocación), en el factor “boicoteador del tratamiento”, los internos tuvieron un puntaje promedio en la evaluación pre-tratamiento de 14.4 y en la medición postratamiento de 12, la diferencia fue una media de -2, resultando en una diferencia estadísticamente significativa (0.006*); en el factor “injusticia” tuvieron un puntaje promedio de la evaluación pre-tratamiento de 16.8 y en la medición postratamiento de 13.9, con una diferencia entre ambas mediciones en promedio de -3, resultando estadísticamente significativa (0.000*); en el factor “frustración-

interrupción” tuvieron un puntaje promedio de la evaluación pre-tratamiento de 15 y en la medición postratamiento de 12, la diferencia fue una media de -3.3, y estadísticamente fue significativa ($p < 0.001^*$); en el factor “rasgos de molestia” tuvieron un puntaje promedio de la evaluación pre-tratamiento de 14.8 y en la medición postratamiento de 11.3 en donde hubo una diferencia promedio de -3.4, diferencia estadísticamente significativa (0.004^*); el puntaje promedio total de la parte “B”, en la fase pre-tratamiento fue de 74 y en la fase postratamiento de 61, teniendo una media de diferencia de **-13**, lo que estadísticamente fue significativo (0.00^*).

Tabla 15

REACCIÓN A LA PROVOCACIÓN: PRUEBA t					
Diferencia en puntajes antes y después del tratamiento					
N		24			P
FACTOR		Media pre	Media post	Dif. Medias	
DOMINIO COGNITIVO	FOCO ATENCIONAL	10	9	-1.2	0.003*
	RUMIACIÓN	7.5	6.8	-0.8	0.07
	ACTITUD HOSTIL	7	6.5	-0.4	0.2
	SUSPICACIA	10	8.8	-1.4	0.008*
	TOTAL DOMINIO COGNITIVO	35	31	-3.9	0.002*
DOMINIO ACTIVACIÓN					
DOMINIO ACTIVACIÓN	INTENSIDAD	8.5	7.6	-0.9	0.01*
	DURACIÓN	8	6.5	-1.4	0.006*
	TENSIÓN/ACTIVIDAD	6.5	6	-0.5	0.1
	IRRITABILIDAD	7.3	6.8	-0.5	0.2
	TOTAL DOMINIO ACTIVACIÓN	30.5	27	-3.3	0.007*
DOMINIO CONDUCTUAL					
DOMINIO CONDUCTUAL	REACCIÓN IMPULSIVA	8.1	6.9	-1.3	0.01*
	AGRESIÓN VERBAL	7.2	6.5	-0.75	0.09
	CONFRONTACIÓN FÍSICA	9.3	7.6	-1.7	0.00*
	EXPRESIÓN INDIRECTA	5.3	5	-0.25	0.2
	TOTAL DOMINIO CONDUCTUAL	30	26	-3.9	0.003*
PARTE “B”					
PARTE “B”	BOICOTEADOR DEL TRATAMIENTO	14.4	12	-2	0.006*
	INJUSTICIA	16.8	13.9	-3	0.000*
	FRUSTRACIÓN/INTERRUCCIÓN	15	12	-3.3	<.0001*
	RASGOS DE MOLESTIA	14.8	11.3	-3.4	0.004*
	IRRITACIONES	12.8	12	-0.7	0.3
	TOTAL PARTE “B” NIVEL DE ENOJO	74	61	-13	0.000*

En la escala “*compromiso, responsividad y ganancia por el tratamiento*” de Serin (tablas 16 y 17), en el área “*compromiso*”, particularmente en el factor “*reconocimiento de problemas*”, los internos mostraron un puntaje promedio pre-tratamiento de 1 y postratamiento de 2.4, con una diferencia entre ambas mediciones promedio de 1.2, la cual resultó estadísticamente significativa ($p < .0001^*$). En el factor “*beneficios de un macro-tratamiento*” los internos tuvieron un puntaje promedio pretratamiento de 1.2, y postratamiento de 1.9 con diferencia entre ambos de 0.7, lo que resultó estadísticamente significativa ($p < 0.001^*$). En el factor “*congruencia conductual*” el puntaje promedio pre-tratamiento fue de 1.8, y en postratamiento de 1.5 con diferencia de 0.3, no significativa ($p < 0.16$). En el factor “*apoyo externo en la terapia*” el puntaje promedio pre-tratamiento fue de 1.2, y en postratamiento 1.6 con diferencia de 0.3, estadísticamente significativa ($p < .02^*$). El puntaje promedio total del área “*compromiso*” en pre-tratamiento fue de 11.6 y postratamiento de 14.2, con diferencia de 2.7, estadísticamente significativa ($p < 0.02^*$).

En lo correspondiente al área de “*responsividad*”, particularmente el factor “*negación*” los internos tuvieron un puntaje promedio pre-tratamiento de 1.3, en postratamiento de 2.3 con diferencia de 1, estadísticamente significativa ($p < 0.01^*$). En el factor “*intimidación*” el puntaje promedio pre-tratamiento fue de 1.04, y en postratamiento de 1.6 con diferencia de 0.6, estadísticamente significativa ($p < 0.01^*$). En el factor “*poder y control*” el puntaje promedio pre-tratamiento fue de 1.3, mientras que en postratamiento de 1.8 con diferencia de 0.5, apenas marginalmente significativa (< 0.09). En el factor “*inflexibilidad*” el puntaje promedio pre-tratamiento fue de 0.8, mientras que en postratamiento de 1.4 con diferencia de 0.6, estadísticamente significativa ($p < 0.01^*$). El puntaje promedio total del área “*responsividad*” en pre-tratamiento fue de 10 y en post-tratamiento de 14, con diferencia de 3.9, estadísticamente significativa ($p < 0.001^*$).

Finalmente, en lo correspondiente al área “*mejoría y respuesta al tratamiento*” (tabla 17), particularmente en el factor “*manejo de la información en el tratamiento*” los internos tuvieron un puntaje promedio pre-tratamiento de 2, en la medición postratamiento de 1.5,

diferencia de -0.5, estadísticamente significativa ($p < 0.02^*$). En el factor “alianza terapéutica” el puntaje promedio pre-tratamiento fue de 2.1, y en el post-tratamiento de 1.7 con diferencia de -0.3, estadísticamente significativa ($p < 0.04^*$).

Tabla 16

PRUEBA “t” PARA GRUPOS RELACIONADOS MEDICIONES PRE-POS-TEST N=24					
ESCALA DE COMPROMISO, RESPONSABILIDAD Y GANANCIA AL TRATAMIENTO DE SERIN					
Diferencia en puntajes antes y después del tratamiento					
N		24			p<
		Media pre	Media post	Diferencia	
COMPROMISO	RECONOCIMIENTO DE PROBLEMAS	1	2.4	1.2	.0001*
	BENEFICIOS DE UN MACRO-TRATAMIENTO	1.2	1.9	0.7	0.001*
	BENEFICIOS DE UNA MICRO-TERAPIA	1.8	2	0.3	0.3
	DISTRESS DERIVADO DE LA TERAPIA	1.8	2	0.3	0.2713
	METAS TERAPEUTICAS	1.4	1.5	0.08	0.67
	CONDUCTA PREVIA A LA TERAPIA	1.4	1.5	0.08	0.7
	CONGRUENCIA CONDUCTUAL	1.8	1.5	-0.3	0.16
	APOYO EXTERNO EN LA TERAPIA	1.2	1.6	0.3	0.02*
	TOTAL COMPROMISO	11.6	14.2	2.7	0.02*
RESPONSIVIDAD	INSENSIBILIDAD	1.8	1.8	0.08	0.6274
	NEGACIÓN	1.3	2.3	1	0.0002*
	APLAZAMIENTO	1.5	1.6	0.08	0.6473
	INTIMIDACIÓN	1.04	1.6	0.6	0.0156*
	PODER Y CONTROL	1.3	1.8	0.5	0.0938
	INFLEXIBILIDAD	0.8	1.4	0.6	0.008*
	VICTIMIZACIÓN	1.3	2.1	0.8	0.009*
	ACTITUD PROCRIMINAL	1.1	1.2	0.08	0.7140
	TOTAL RESPONSABILIDAD	10	14	3.9	0.001*

Tabla 17

ESCALA DE COMPROMISO, RESPONSABILIDAD Y GANANCIA AL TRATAMIENTO DE SERIN					
Diferencia en puntajes antes y después del tratamiento					
N		24			p<
		Media pre	Media post	Media dif.	
MEJORÍA Y RESPUESTA	EVIDENCIA DE HABILIDADES ADQUIRIDAS DEL PROGRAMA	1.7	1.7	0.08	0.5
	MANEJO DE LA INFORMACIÓN EN EL TRATAMIENTO	2	1.5	-0.5	0.02*
	APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO	1	1.3	0.2	0.2
	APLICACIÓN DE HABILIDADES	1.1	1.3	0.16	0.3277
	GRADO DEL INVOLUCRAMIENTO EMOCIONAL AL CONTENIDO DEL PROGRAMA	1.9	1.6	-0.3	0.12
	COMPORTAMIENTO APROPIADO EN GRUPO	2	1.9	-0.2	0.1345
	PARTICIPACIÓN	1.9	1.8	-0.16	0.1617
	ALIANZA TERAPÉUTICA	2.1	1.7	-0.3	0.04*
	TOTAL MEJORÍA	14	12	-0.3	0.1037

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN: ESTUDIO DOS

La comparación de los puntajes en las mediciones pre-test, post-test entre el grupo con y sin tratamiento, mostró que el grupo intervenido obtuvo una clara mejoría clínica.

El presente grupo de hallazgos agrega evidencia sobre la eficacia de los programas de intervención de corte Cognitivo-Conductual “en población penitenciaria y es consistente con otros hallazgos (Allen, et al., 2001; Beck& Fernández, 1998; Devon, et al., 2005; Henderson, 1986; Lipsey, et al., 2007; Mullin & Simpson, 2007; Polaschek et al., 2005; Redondo, et al., 2000, 2003; Ross, et al., 1988; Joy Toy, et al., 2006; Tyson, 2002).

En el APR, tanto la agresión proactiva como la reactiva y el total del puntaje de la escala el grupo con tratamiento mostró una mayor disminución en las mediciones post-tratamiento que el grupo control, con diferencias estadísticamente significativas.

De acuerdo a los resultados, la población penitenciaria con tratamiento reportó disminución del uso de la agresión premeditada o predatoria que se caracteriza por realizar actos planeados, controlados y sin contenido emocional definido (Arias & Ostrosky, 2008). El programa “*Razonamiento y Rehabilitación*” instrumentado en el presente estudio contiene componentes que buscan expresamente estimular la conciencia del daño sobre las víctimas y la empatía lo que probablemente contribuyó a la disminución en el puntaje en este tipo de agresión.

La población penitenciaria con tratamiento reportó disminución del uso de la agresión impulsiva. Las estrategias del programa de intervención para estimular el auto-control como sería la relajación muscular progresiva profunda, pensar antes de actuar, estrategias para prevenir el riesgo de recaída, entre otras, explicarían la modificación significativa del puntaje en este tipo de agresión.

En el NAS la población penitenciaria en todos los dominios tuvo una disminución en el puntaje de la fase post-tratamiento de forma

significativa en comparación al grupo control. En el dominio conductual no hubo diferencia en el factor de “agresión verbal” pero sí en “reacción impulsiva” y “confrontación física”. Los cambios se presentaron principalmente en aquellos factores que representan un mayor riesgo para conductas violentas con excepción de expresión indirecta. Este hallazgo también denota la sensibilidad del instrumento para detectar cambios positivos ante la exposición al tratamiento de la población penitenciaria (Fishbein, et al., 2009).

El Novaco Anger Scale (NAS) mostró ser un instrumento cuyas dimensiones se ajustan al paradigma de la aproximación cognitivo-conductual, que hace énfasis en que las conductas desadaptativas pueden mantenerse a partir de cogniciones disfuncionales. Las técnicas cognitivo-conductuales del presente estudio probablemente ayudaron a desarrollar habilidades cognitivas más apropiadas y hábitos que reducirán la conducta problema, con el apoyo de entrenamiento en habilidades conductuales (Presgrove, 2000). Lo anterior confirma al NAS como un instrumento sensible para detectar cambios ante la exposición al tratamiento (Fishbein, et al. 2006, 2009).

En la “escala de *compromiso, responsividad y respuesta al tratamiento* de Serin” la población penitenciaria en todos los dominios mostró una mejoría (menor puntaje) después del tratamiento en comparación al grupo control. El dominio *respuesta al tratamiento* no se comparó debido a que a que estos reactivos se aplican poco después de iniciado el tratamiento, lo que hizo imposible evaluar al grupo sin tratamiento, pero sí se evaluaron los cambios en el grupo con tratamiento y los resultados se mostrarán más adelante.

Los resultados relacionados al dominio “*compromiso*” sugieren que, en efecto, el grupo con tratamiento desarrolló mayor reconocimiento e introspección de su problemática conductual y mejoró su perspectiva de que podrían obtener beneficios de un recurso terapéutico aunque también mostraron mayor ansiedad ante un proceso de intervención que señalaba una necesidad de cambio. Un dato interesante de este dominio es que el grupo con tratamiento percibió mayor apoyo externo después del tratamiento lo que puede reflejar que el tratamiento tuvo un efecto en “espiral” en los participantes en el sentido que al cambiar

sus conductas y actitudes desadaptativas por unas más adaptativas, sus relaciones interpersonales mejoraban y por tanto, percibían mayor apoyo social.

En cuanto al dominio de "*responsividad*", la mejoría en la responsabilidad de su conducta y sus efectos en los demás sugeriría una disminución en narcisismo, mejorando el respeto a los derechos de los demás en el trato cotidiano. Se mostró mejoramiento en la flexibilidad cognitiva, disminuyó tanto la victimización como el auto-compadecimiento lo cual probablemente mejoró la proactividad para aprender de sus errores y disminuyó conductas antisociales.

Con respecto a la "escala de comportamientos violentos" (HCR-20, Webster, Douglas, Eaves y Hart, 1995), para los factores de riesgo históricos se realizó solo una medición transversal dada su condición de variable estática. Sin embargo, ambos grupos presentaban un puntaje considerable en los factores históricos (grupo con tratamiento: media=11.8; grupo sin tratamiento: media=10.5 (puntaje máximo es 20). En contraste, el riesgo clínico en el grupo, después del tratamiento mostró una reducción significativa en el puntaje de riesgo al compararlo con el grupo sin tratamiento.

De acuerdo al HCR-20 respecto a riesgo clínico, el grupo con tratamiento mostró mejoría en la capacidad de introspección, es decir, percatarse que tienen dificultades en su comportamiento, en la auto-conciencia de su dificultad para regularse cognitiva, conductual y emocionalmente y que esta condición puede afectar a los demás. También es notoria la disminución de actitudes negativas de tipo pro-criminal y antisocial, de la inestabilidad conductual y afectiva y por tanto, de la impulsividad. Mejoró la necesidad de buscar ayuda y apegarse al tratamiento lo cual muy probablemente actuó como moderador de los efectos de los factores históricos (Hilterman & Pueyo, 2005).

La reducción en los puntajes en los ítems de riesgo del grupo con tratamiento indica, de acuerdo al HCR-20, que los internos con tratamiento adquirieron más recursos psicosociales para no exponerse a situaciones que aumentan la probabilidad de presentar diversos

comportamientos violentos, mejoraron su capacidad para planear y llevar a cabo metas realistas. Los cambios en "*compromiso, responsividad y respuesta al tratamiento*", denotan mejor percepción de apoyo social y motivación para concluir el tratamiento; se percibieron con menos exposición a estresores y con menos síntomas por estrés (Hilterman & Pueyo, 2005).

Las mediciones pre-post tratamiento de los internos que recibieron el tratamiento confirma la disminución del uso de la agresión premeditada o predatoria caracterizada por actos violentos planeados, controlados y sin contenido emocional definido (Arias & Ostrosky, 2008). Este efecto también ocurrió en los indocadores de agresión impulsiva.

En el NAS, la población penitenciaria en todos los dominios tuvo una mejoría (disminución) en el puntaje post-tratamiento de forma significativa, otro elemento que confirma la eficacia de la intervención, particularmente, en el dominio conductual en factores fuertemente asociados a la presencia del tipo de violencia que puede ser más dañina para otras personas, tales como "*reacción impulsiva*" y "*confrontación física*" (Fishbein, et al., 2009).

El NAS mostró ser un instrumento cuyas dimensiones se ajustan a los componentes de la aproximación cognitivo-conductual, al denotar que estas técnicas ayudan a desarrollar habilidades cognitivas más útiles y apropiadas así como hábitos que reducen la conducta problemática. Este efecto se fortalece por un proceso de entrenamiento en habilidades conductuales (Presgrove, 2000).

En la escala "*compromiso, responsividad y respuesta al tratamiento de Serin*", el total del dominio "*compromiso al tratamiento*", el total del dominio "*responsividad*" la población penitenciaria mostró una mejoría (disminución) en el puntaje de la fase post-tratamiento de forma significativa.

El dominio "*respuesta al tratamiento*" en los puntajes totales pre y post-test no reflejó diferencias estadísticamente significativas. Una posible explicación a este hallazgo puede surgir de que la evaluación de este

dominio se realizó por lo menos un mes después de iniciado el taller. Los participantes pueden haber desarrollado habilidades desde el principio de la intervención que se mantuvieron en el post-tratamiento. Como el instrumento consiste en una entrevista semi-estructurada puede haber influido la subjetividad o la dificultad para ubicar algunas de las opciones del instrumento. Adicionalmente, la baja escolaridad de los participantes y la pobreza de estimulación intelectual tanto por sus historias de vida como por una permanencia prolongada en áreas penitenciarias, pudo haber influido en la comprensión de las preguntas.

ESTUDIO TRES

FUNDAMENTACIÓN

La inseguridad, la delincuencia y la violencia en México han aumentado dramáticamente. Los delitos violentos son cada vez más recurrentes y se refleja en el aumento de la población penitenciaria de difícil manejo y recalcitrante. El estudio de las personas violentas, con alto riesgo de ser violentas y de criminales violentos, requiere cada vez mayor atención. La detección y caracterización de la población en alto riesgo de comportamientos violentos es fundamental para establecer medidas de prevención y en el caso de personas que ya tienen una historia criminal y violenta, es importante la evaluación y el monitoreo de las características psicosociales históricas y modificables o clínicas para establecer niveles de riesgo y observar los cambios ante la exposición a programas de intervención.

Además, los sujetos que compurgan una pena privativa de libertad en los reclusorios por cometer delitos violentos y son indisciplinados en reclusión, difícilmente reciben atención. Estos individuos representan un riesgo social e institucional por su alta tasa de reincidencia delictiva y violenta. Su manejo institucional es deficiente y frecuentemente las medidas que reciben es acentuar las estrategias punitivas, como el mantenerlos segregados las 24 horas, ubicarlos en módulos de máxima seguridad sin opciones de manejo clínico objetivamente dirigido o trasladarlos a otros centros penitenciarios

Los anterior resulta contraproducente, pues estas medidas influyen en el aumento del riesgo de reincidencia. Los esfuerzos de evaluación sensibles que permitan la detección de características particulares de internos refractarios y poco adherentes a los esfuerzos de tratamiento correccional, representará una importante aportación al discurso institucional de readaptación y, naturalmente, será un conocimiento de suma valía en el área de la investigación por su escaso abordaje en el ámbito nacional e internacional.

Más específicamente, de acuerdo a la literatura de investigación analizada, la comprensión de los mecanismos neuropsicológicos subyacentes a respuestas diferenciadas al tratamiento, maximizará la relación costo-beneficio de la inversión dirigida a estrategias de intervención haciendo posible clasificar subgrupos de internos basados en necesidades programadas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Es posible que indicadores neuro-cognitivos de la conducta violenta sean indicadores predictores de la respuesta al tratamiento de criminales violentos?

OBJETIVO GENERAL

Examinar la interrelación de factores neuro-cognitivos de población penitenciaria hacia la respuesta al tratamiento cognitivo conductual.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Determinar el grado en el cual los indicadores neuro-cognitivos de la violencia predicen la variabilidad en las respuestas post-tratamiento.
- 2) Determinar el grado en el cual los indicadores neuro-cognitivos de la violencia explican parcial o completamente la relación entre la exposición del tratamiento y los resultados post-tratamiento.

HIPÓTESIS

Puntajes en valores relativamente específicos en los indicadores neuro-cognitivos reflejarán significativamente mayores déficits en la población penitenciaria que responde menos eficazmente al tratamiento correccional.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Prospectiva, observacional, longitudinal de búsqueda causa-efecto.

PARTICIPANTES

Participaron 24 internos de sexo masculino de un Reclusorio de la Ciudad de México caracterizados por haber cometido delitos violentos y ser objeto de frecuentes castigos derivados de su conducta problemática, ubicados en el módulo de castigo. Se les requirió participar en todas las evaluaciones del estudio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Internos de un Reclusorio de la Ciudad de México que aceptaron participar voluntariamente en el estudio. Internos entre 21 y 49 años de edad.
- Con un mínimo de 18 meses para compurgar sobre su sentencia para evitar el estrés de las preparaciones pre-liberacionales y muy factibles a transferencias.
- Se caractericen por haber cometido crímenes violentos.
- Se caractericen por tener frecuentes castigos derivados de su conducta problemática.
- Internos que se ubiquen en el módulo de castigo.
- Tendrán que participar en todas las evaluaciones establecidas en este estudio.
- Delincuentes cuyas conductas criminales son asociadas a problemas con el manejo de emociones.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Alta psicopatía (>30 en la escala de psicopatía de Hare) por los posibles efectos contaminantes sobre los efectos del tratamiento.
- Analfabetismo (requisito de la prueba neuropsicológica).
- Mayores a 49 años (requisito de la batería neuropsicológica).
- Enfermedad mental activa.

- Alguna patología que no permita las valoraciones establecidas en este estudio.
- Alteraciones visuales o auditivas serias no corregidas.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Sujetos que no completen las evaluaciones establecidas en el estudio.
- Los internos que abandonaron el programa de tratamiento por motivos de su situación jurídica: traslados, libertades anticipadas, etc., tuvieron que excluirse del estudio; no así los que abandonaron por motivos tales como conductas disruptivas durante el tratamiento y su subsecuente castigo institucional (riña, asalto, etc.), abandono sin motivo, agresivos en el proceso del tratamiento, etc. Estos internos continuaron en el estudio y se les evaluó en la fase posterior al tratamiento para documentar, en su caso, cambios en las variables dependientes incluyendo posibles déficits neuro-cognitivos.

Las características descriptivas de la población de este estudio se observan en las tablas 18 y 19. La mayoría de los internos tuvieron más de un castigo institucional en reclusión (88%) y son diversos los motivos de sus castigos (robo, extorsión, riña, indisciplina, entre otros) que representa el 50% de los sujetos, el 20% específicamente por indisciplina y el otro 20% por riña (véase la tabla 20).

Características descriptivas N=24

Tabla 18

Generales	Media	DE
EDAD	31	1
ESCOLARIDAD	9	2.5
SENTENCIA (años)	9	7
TIEMPO EN PRISIÓN (años)	4	3
PSICOPATÍA	24	4.2
No. REINCIDENCIAS CORRECCIONAL	.2	.65

Tabla 19

Estado civil	FREC.	%
CASADO	4	17
SEPARADO	2	8
DIVORCIADO	1	4
SOLTERO	8	3
U. LIBRE	9	4
TOTAL	24	1
Delito		
HOMICIDIO	1	4
HOMICIDIO Y ROBO	1	4
ROBO AGRAVADO	18	8
SECUESTRO	1	4
SECUESTRO EXPRES	1	4
TENTATIVA HOMIC.	1	4
VIOLACIÓN	1	4
TOTAL	24	100
Clasificación criminológica		
PRIMODELINCUENTE	15	60
REINCIDENTE	9	40
TOTAL	24	100

Tabla 20

Castigos	FREC.	%
+ DE 3	21	88
1	1	4
2	2	8
TOTAL	24	100
Motivos de castigo		
AMENAZAS	1	4
INDISCIPLINA	5	20
RIÑA	5	20
ROBO	1	4
VARIOS	12	52
TOTAL	24	100

CARACTERÍSTICAS ESCALARES DE LAS VARIABLES

V.I.

- **Funciones neuropsicológicas ejecutivas.**- numérica-ordinal.
- **Tratamiento cognitivo conductual.**- numérica-ordinal.

V.D.

- **Factores psicosociales de violencia.** Numérica, ordinal.

VARIABLES CONCEPTUALES

Funciones neuropsicológicas ejecutivas. Se trata de funciones que reflejan la planeación, organización, ordenamiento (secuencia), meta-memoria; así como en la regulación de estados emocionales en función tanto de estados internos como del contexto (Damasio, 1998; Goldberg, 2006; Slachevsky, et al, 2005); también se asocian con conductas sociales, toma de decisiones y juicio ético y moral (Anderson, et al, 2008; Oliveira-Souza, et al., 2008; Tirapú-Ustárroz, et al, 2008).

- **Tratamiento cognitivo conductual para contextos penitenciarios.** (Programa Razonamiento y Rehabilitación basado en Ross y Fabiano).

El programa Razonamiento y Rehabilitación, se organiza por medio de ejercicios que se enfocan en la modificación de la impulsividad, egocentrismo, pensamiento irracional (ilógico y rígido) de los delincuentes y los enseña a detenerse y pensar antes de actuar, a considerar las consecuencias de sus conductas, a conceptualizar vías alternas de respuesta para problemas interpersonales y para considerar el impacto de su conducta sobre otra gente, particularmente sus víctimas (Porporino y Fabiano, 2000; Ross y Fabiano, 1985; Ross, et. al 1988).

- **Factores psicosociales de violencia.** Se refieren a las características psicológicas o atributos del individuo y a su ambiente social que contribuyen de manera importante a la iniciación, evolución, tratamiento y seguimiento de la

enfermedad mental (Valencia et al.,1989), en este caso, de la conducta violenta incluir referencia.

VARIABLES, OPERACIONALIZACIÓN

Funciones neuropsicológicas ejecutivas.- Puntuaciones que se obtendrán de la Bateria de Lóbulos Frontales y Funciones Ejecutivas de Flores, Ostrosky y Lozano

- **Tratamiento cognitivo conductual para contextos penitenciarios** (Programa Razonamiento y Rehabilitación de Ross y Fabiano).
- Puntuaciones que se obtendrán en función de la participación y adherencia al tratamiento correccional.
- **Factores psicosociales de violencia.** Puntuaciones que se obtendrán al aplicar bajo un diseño pretest-postest, la escala de “Reacción a la Provocación” de Novaco”, “Escala de Agresión Proactiva-Reactiva de Raine”, “Escala de Compromiso, Responsividad y Mejoría al Tratamiento de Serin” y “Escala de Riesgo de Comportamientos Violentos de Webster, Douglas, Eaves y Hart”.

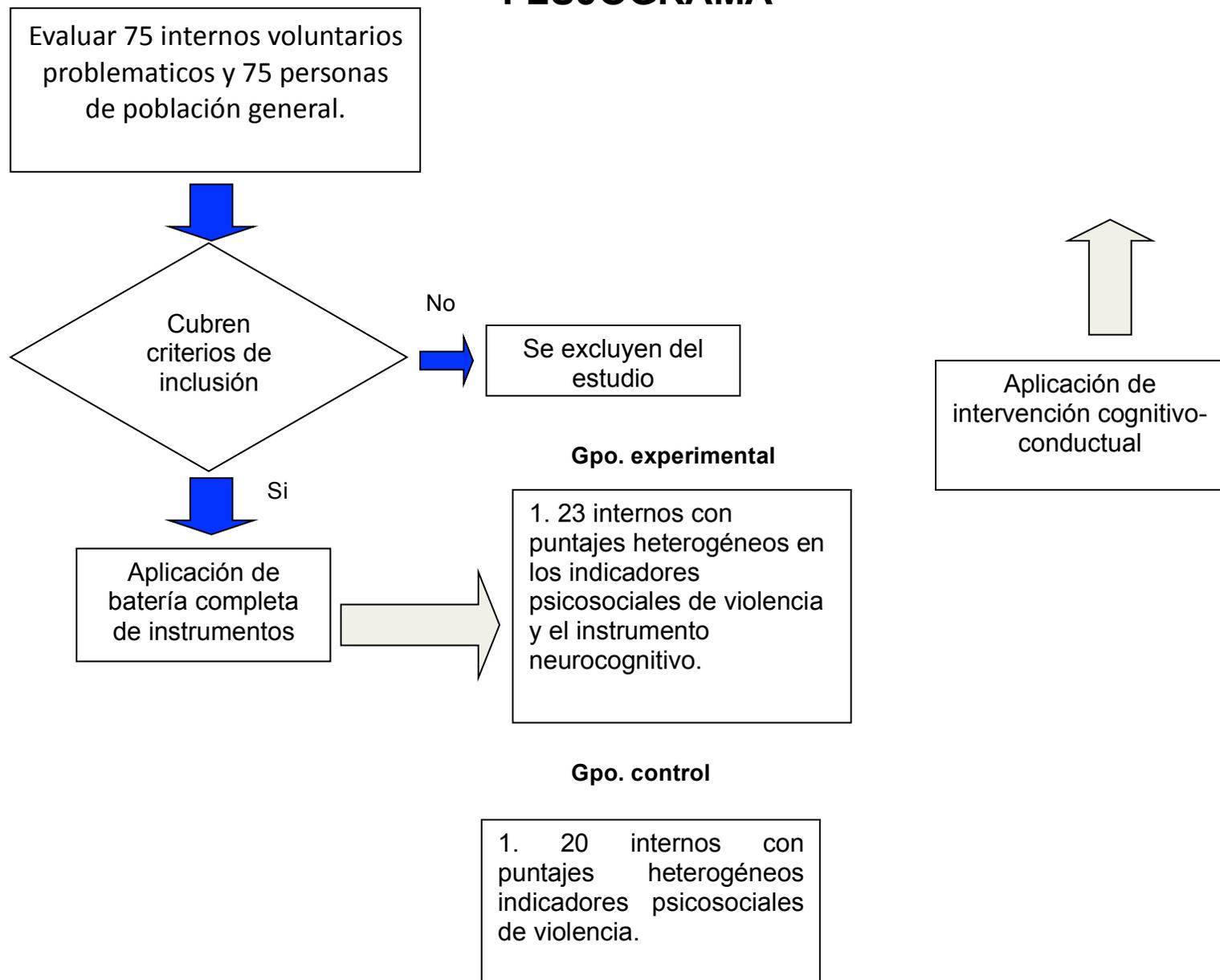
MEDICIÓN: INSTRUMENTOS Y MATERIALES

VARIABLE	INSTRUMENTO	DESCRIPCIÓN
Psicopatología	MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Sheehan	Evalúa de modo estructurado los principales trastornos psiquiátricos.
Psicopatía	PCL-R de Hare	Entrevista semiestructurada con 20 ítems que evalúa el factor de las relaciones interpersonales y desviación social asociados al constructo de psicopatía.
Indicadores psicosociales de violencia e indicadores de respuesta al Tratamiento	inventario de Reacción a de Novaco	Inventario con 73 ítems que evalúan, ante situaciones hipotéticas de provocación, el dominio cognitivo, el dominio de la actividad fisiológica, el dominio de la conducta y el grado de ira.
	Escala de agresión proactiva y reactiva de Raine	Escala con 23 ítems que evalúan la agresión proactiva caracterizada por ser premeditada y poco empática y la agresión reactiva que se caracteriza por dificultades en la autorregulación emocional y conductual.
	Escala de Compromiso, Responsividad y Mejoría al Tratamiento de Serin	Entrevista semiestructurada con 24 ítems que evalúan el compromiso (disponibilidad de participar en un proceso terapéutico), responsividad (apego a los lineamientos del proceso terapéutico) y mejoría (habilidades desarrolladas durante el proceso terapéutico) ante el tratamiento correccional.
	Escala de Riesgo de Violencia de Webster, Douglas, Eaves y Hart.	Entrevista semiestructurada con ítems que evalúan 3 factores asociados a la conducta violenta y al riesgo de reincidir violentamente: factores históricos o estáticos (inmodificables ante el tratamiento), factores clínicos o dinámicos (generalmente se modifican ante el tratamiento) y gestión de riesgo (factores medioambientales que exponen a la reincidencia violenta).

VARIABLE	INSTRUMENTO	DESCRIPCIÓN
Funcionamiento neuropsicológico ejecutivo	Batería de Lóbulos Frontales y Funciones Ejecutivas de Flores, Ostrosky y Lozano	Las pruebas que integran la batería se dividen en base al criterio anatómo-funcional: pruebas que evalúan funciones complejas que dependen de la corteza órbito-frontal (COF), corteza prefrontal medial (CPFM), corteza prefrontal dorsolateral (CPFDL) y de la corteza prefrontal anterior (CPFA). Pruebas que evalúan funciones que dependen principalmente de la COF y CPFM: <ol style="list-style-type: none"> 1. Stroop 2. Prueba de cartas "Iowa" 3. Laberintos

		<p>Pruebas que evalúan funciones que dependen principalmente de la CPFDL:</p> <ol style="list-style-type: none">4. Señalamiento autodirigido5. Memoria de trabajo visoespacial secuencial6. Memoria de trabajo verbal, ordenamiento7. Prueba de clasificación de cartas.8. Laberintos9. Torre de Hanoi10. Resta consecutiva11. Generación de verbos <p>Pruebas que evalúan funciones que dependen principalmente de la CPFA:</p> <ol style="list-style-type: none">12. Generación de clasificaciones semánticas.13. Comprensión y selección de refranes14. Curva de metamemoria
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FLUJOGRAMA



PROCEDIMIENTOS GENERALES

- Se elaboró una relación de internos con antecedentes de conductas violentas tanto en el exterior como en el Reclusorio, ubicados en módulo de seguridad por tiempo indefinido. Las fuentes para esta relación fueron las bitácoras de las sesiones de consejo técnico interdisciplinario e informantes del reclusorio sobre los casos de internos frecuentemente sancionados por conductas violentas.
- Todas las actividades programadas en el reclusorio se realizaban los días lunes, miércoles y viernes (días en que no hay visita familiar), en horarios que oscilaban de las 11:00 hrs. a las 18:00 hrs, en aulas del área del Centro de Diagnóstico y Determinación de Tratamiento ("*área técnica*").
- A los internos con los criterios de inclusión requeridos para el estudio se les invitaba a participar, se les detallaban las características del mismo y se les explicaba el carácter de voluntariedad para participar en él.
- Se acordó con las autoridades penitenciarias del Reclusorio que los participantes que concluyeran el estudio adecuadamente se les otorgaría constancia de participación expedida por la Subsecretaría del Sistema Penitenciario del D.F. a fin de integrarla a su expediente en apoyo a su situación jurídica, de esto se informó a los participantes.
- A los internos que recibieron el tratamiento se les aplicó la batería neuropsicológica de los lóbulos frontales y funciones ejecutivas de Flores y Ostrosky.
- A los internos que abandonaron el programa de tratamiento por motivos de su situación jurídica: traslados, libertades anticipadas, etc., se les excluía del análisis. Los que abandonaban por motivos extra-institucionales tales como conductas disruptivas durante el tratamiento (riña, asalto, etc.), abandono sin motivo, etc. A estos internos se les evaluaba en la fase posterior al tratamiento para observar si mostraban cambios en las variables dependientes.

- La intervención se llevó a cabo en tres sesiones semanales de 2 a 3 horas de duración, con grupos pequeños, en un total de 37 sesiones. La entrevista motivacional se llevó a cabo de forma individual una semana antes de iniciar los módulos de tratamiento. La duración total de la intervención abarcó cuatro meses (véanse detalles en el Anexo 2). Las sesiones grupales se conformaron con un máximo de 15 participantes.
- Al concluir el tratamiento se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos post-tratamiento y se hizo entrega de las constancias de participación.

PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS

1. Para el primer componente, la Técnica de la Entrevista Motivacional, tanto el responsable del estudio como una pasante tesista de psicología especialmente entrenada en la técnica, ambos entrevistaban individualmente a cada interno con verbalizaciones específicas orientadas a inducir la visualización y clarificación de su conducta problema. En seguida se agregaba un componente de la entrevista que consistía en desarrollar la necesidad y motivación de lograr un cambio en sus comportamientos, mismos que los mantenían persistentemente en problemas legales y violentos y de castigo. Esto se instrumentaba mediante los elementos técnicos específicos de este tipo de entrevista como sigue:

- PARNN (Preguntas abiertas, Afirma/reforzamiento positivo, Reflejar y Resumir)
- DARN (Deseo, habilidad, razones y necesidad de cambiar) y
- CAT (Compromiso, activación y toma de pasos).

Una vez entrevistados todos los participantes se dio inicio al resto de los componentes de tipo clínico-educativo.

2. Antes de la aplicación de los demás componentes de la intervención, se impartía una fase educativa e informativa, en forma de

curso breve sobre los principios básicos del aprendizaje, (con ejemplos del contexto de los participantes) en el cual se explicaban los objetivos y la naturaleza del taller, las características generales de sus componentes y las actividades a realizar, además de identificar los problemas sobre los que se trabajarán. Esto se hacía con apoyo de una presentación “*powerpoint*” y el proyector digital.

3. En el siguiente componente, **Autocontrol**, la fase de entrenamiento incluyó las siguientes técnicas para facilitar el control de conducta:

Relajación Muscular Progresiva Profunda-30 sesiones-, esta actividad se impartía al inicio de todas las sesiones, para esta actividad se tenían asientos para todos los participantes, se les instruía a los participantes a que se sentaran y pusieran lo más cómodos posible, se quitaban cualquier accesorio que les incomodara y posteriormente iniciaba el protocolo de la técnica, en la preparación se les instruía que cerraran sus ojos, respiraran profundamente por nariz y exhalaban por la boca, más específicamente se les instruía en tensar y relajar grupos musculares de forma progresiva. Se iniciaba con 16 grupos de músculos durante 8 sesiones, luego 7 grupos durante 7 sesiones, luego 4 grupos en 4 sesiones, hasta la evocación de la relajación únicamente en 4 sesiones (véase el Anexo 1).

4. A continuación, en el marco del componente de Auto-control se agregaron técnicas de auto-monitoreo, auto-observación, auto-registro, autoevaluación y autocorrección. Para estos registros se instruía a los participantes a evaluar sus pensamientos relacionados con conducta violenta. Esta parte del protocolo se basó en los habituales de la *Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)*.
5. Se les explicaba en detalle el “modelo ABC” de este procedimiento haciendo énfasis en una muy alta probabilidad de autorregular su conducta más problemática, relacionada con la violencia . Con el apoyo de presentaciones “*powerpoint*” se les explicaba que el modelo ABC de la TREC basa su eficacia en el ejercicio de los siguientes componentes:

El acontecimiento activante o “A” es interpretado por el individuo, quien desarrolla una serie de creencias (B) sobre el mismo. A partir de estas creencias se desarrolla la “C” o consecuencias, que resultarían de la interpretación (o creencias) que el individuo hace de A.

Se explicaba cómo las consecuencias pueden ser emocionales y/o conductuales y cómo, si las creencias son funcionales, lógicas, empíricas y basadas en condiciones con una alta probabilidad de ocurrencia y mejoran la regulación emocional, se consideran “racionales” y suelen promover el bienestar. Si por el contrario, dificultan el funcionamiento eficaz del individuo, son “irracionales”. Estos contenidos se basaban en el método principal para reemplazar una creencia irracional por una racional denominado *refutación, cuestionamiento o debate*.

Básicamente se trata de una adaptación muy simplificada y en lenguaje coloquial del método científico a la vida cotidiana. Se explicaba cómo hay que cuestionar hipótesis, teorías o supuestos (los pensamientos, ideas y creencias cotidianas) para determinar su validez. Se hacía énfasis especial en la necesidad de modificar “B” para que sus conductas se dirijan hacia sus metas y logren ser más felices. Para lograrlo se les persuadía de la necesidad de realizar una serie de actividades y tareas como el monitoreo de sus emociones, situaciones asociadas a emociones negativas, básicamente ira, enojo o frustración; la intensidad de la emoción, las conductas asociadas y las consecuencias.

El énfasis fundamental se ubicó en el monitoreo y la autoevaluación de ideas irracionales, del pensamiento y lenguaje interno, además de respuestas y sensaciones fisiológicas consecuentes del pensamiento irracional. Cada participante registraba estos componentes en formatos que se les entregaban en cada sesión. Inicialmente se les explicaba la forma de registro: identificar situaciones que les generen emociones negativas e inmediatamente después registrar los elementos ya señalados. Si no tenían la posibilidad de registrarlo inmediatamente, se les instruía para registrarlo en su estancia durante la noche. *En esta explicación,*

se hacía énfasis especial en la posibilidad de lograr control sobre su propia conducta a través del pensamiento.

En las sesiones grupales subsecuentes, se llevaba a cabo la evaluación y diagnóstico a través de la demostración y explicación de casos de internos que realizaron el registro de las situaciones, emociones, pensamientos y consecuencias conductuales que presentaban con mayor frecuencia y que exponían ante el grupo, con base a esta dinámica se practicaba el modelo cognitivo-conductual (ABC) con retroalimentación por parte del terapeuta y del grupo terapéutico. Esto incluía la identificación y el cuestionamiento o debate de ideas irracionales desde varias perspectivas. El grupo incrementaba y alentaba estrategias cognitivas para ser más eficaces en el afrontamiento a los problemas o situaciones activantes. El grupo también aumentaba la posibilidad de que se llevaran a cabo las tareas, pues había mayor presión si eran asignadas por el grupo y no solamente por el terapeuta.

Dentro del componente autocontrol también se llevaba a cabo la actividad *aserción ante boicot* en aproximadamente seis sesiones, en esta actividad se les exponía a través de una presentación *powerpoint* lo relevante de la aserción y la comunicación asertiva. A continuación los internos exponían situaciones en las que percibían intentos de boicot a su participación en el taller y a los logros producto del mismo, por parte de cualquier persona, fueran internos, familia o personal de la institución y a través de la retroalimentación del terapeuta y el grupo se sugerían estrategias asertivas para la solución de estos u otros problemas. Adicionalmente se conducían sesiones con juego de roles para representar las situaciones de boicot y se desarrollaban las estrategias de aserción en donde también se ensayaban en vivo las nuevas estrategias de aserción y se evaluaban los resultados hipotéticos de forma grupal.

Durante las sesiones se estimulaba el empleo de conductas de salud "**salutógenas**", cuando los internos expresaban, mediante los auto-registros, niveles de ansiedad elevados, se les instruía, si las condiciones de espacio en las que se encontraba el interno lo

- permitían, que realizaran los ejercicios de la relajación muscular progresiva y se les estimulaba a que en su actividad cotidiana incluyeran la práctica de algún deporte.
6. Otra técnica que se incorporó a los procedimientos clínicos incluyó el estimular el **auto-reforzamiento negativo**: Cuando los internos en las sesiones externaban situaciones en las que sus pensamientos, emociones y comportamientos no concordaban con las metas terapéuticas se les conminaba imponerse “castigos” tales como acumular pequeñas cantidades de dinero ante dichas situaciones o a nivel cognitivo “reprocharse” aquellas situaciones que no iban de acuerdo con sus metas terapéuticas, aclarándoles que no deberían confundir el objetivo del procedimiento como generador de culpa.
 7. El componente de **Metacognición** abarcó el proceso educativo en el cuál, al igual que el de autocontrol, se explicaba el modelo ABC de la *TREC*, se clarificaba y enfatizaba que el pensamiento y sus características son determinantes del comportamiento, de actividad fisiológica asociada y de afectividad personal, por tanto, también se explicaban las características de los pensamientos racionales e irracionales, también con apoyo en presentaciones *powerpoint*. Posteriormente, se asignaban tareas de autoregistro cognitivo, emocional y conductual ante situaciones problemáticas para la autoevaluación del pensamiento y lenguaje interno irracional y la concentración, atención e identificación de estados emocionales, conductas y respuestas fisiológicas consecuentes de pensamiento irracional, los registros se analizaban grupalmente para la retroalimentación (véanse los formularios de registro en los anexos).
 8. En el componente de **Habilidades de solución cognitiva de problemas interpersonales**, la fase de educación o información se instrumentaba en tres sesiones. Con apoyo de una presentación *powerpoint* se explicaba el modelo completo de la *TREC*: ABCDE. La fase de entrenamiento duró aproximadamente 15 sesiones. En este componente se explicaba principalmente la función de **D** y **E**,

es decir como analizar, debatir y cuestionar cogniciones que derivan en problemas interpersonales, cómo comprender y considerar los valores, conductas y sentimientos de si mismos y de otros, cómo apreciar el modo en que su conducta afecta a si mismos y otras personas y porqué los otros le responden en el modo en que lo hacen.

Respecto a “E” se les explicaba el efecto y consecuencias adaptativas conductuales y emocionales del debate empírico o cuestionamiento de las creencias irracionales. En las sesiones grupales se utilizaban los registros traían realizados los internos durante el día y se practicaban las técnicas para modificar pensamientos (D) mediante el debate empírico y discusión “socrática” y así lograr “E”, lo anterior también se llevaba a cabo con apoyo de juego de roles y la retroalimentación grupal.

9. El componente **Habilidades Sociales** también se iniciaba con una fase educativa en tres sesiones, en la cual también se explicaba el modelo explicativo de la TRE pero con énfasis particular en la génesis problemas en las interacciones sociales, a las formas inadecuadas de relacionarse y defender sus derechos y cómo modificar creencias erróneas relacionadas a las consecuencias conductuales y emocionales. También se daban instrucciones específicas sobre respuestas concretas de la siguiente fase (habilidades a trabajar); se resaltaba la importancia de la conducta no verbal y la aserción y se subrayaban especialmente las consecuencias de conducta desadaptativa. La fase de entrenamiento (18 sesiones), se basó en instrucciones; en modelado a través de videos; ensayo de conducta (“role playing”) y retroalimentación; además de tareas externas para promover la generalización.
10. En el componente **Control emocional**, la fase educativa también consistía en explicar las características operativas del componente y la naturaleza de las emociones, particularmente del enojo. La fase de entrenamiento tenía como un objetivo central reconocer el enojo a través del auto-registro de pensamientos, emociones, actividad fisiológica, conductas relacionadas con el enojo y situaciones

evocadoras del enojo. Los internos identificaban patrones iniciales del enojo buscando incrementar la conciencia del rol de los pensamientos en la génesis, evolución y persistencia del enojo. En seguida, a través del debate, cuestionamiento y discusión de las cogniciones asociadas al enojo se modificaban pensamientos negativos por adaptativos. A fin de favorecer el auto-control y la auto-eficacia se estimulaba el auto-reforzamiento positivo y la técnica de “alto al pensamiento” (*stop and think*) se le inducía a su activación cuando el interno detectaba situaciones y pensamientos generadores de enojo y se estimulaba la relajación muscular profunda ante la activación de predictores del enojo, el procedimiento anterior se dio intensivamente durante dos meses.

Se entrenaron habilidades para la asertividad ante situaciones de provocación en “role playing”. Los instructores en colaboración con los internos representaban ante el grupo situaciones de provocación o de boicot ante los avances. Los instructores mostraban la forma asertiva de responder e intercambiaban los roles con la retroalimentación del grupo. Se estimulaba que los internos durante las sesiones expresaran enojo de forma asertiva y los instructores junto con los demás internos retroalimentaban para estimular una más eficaz respuesta asertiva.

Como parte de este componente, se instrumentaban las técnicas de “**Prevención de la Recaídas**”, se les explicaba que la recaída es parte de un proceso de cambio y que tiene la función de detectar elementos ambientales, cognitivos y afectivos que llevaron a la recaída. El objetivo de la técnica era entrenar a los participantes a detectar esos elementos y prevenir la recaída. Se les daba la instrucción de poner en práctica lo aprendido en situaciones que representaran alto riesgo de recaída mismas que se comentaban en sesiones subsecuentes y se daba retroalimentación grupal.

11. **Componente de razonamiento crítico (nueve sesiones):** se llevaba a cabo la aplicación de las técnicas de entrenamiento: Aplicación de técnica de debate empírico y dialogo socrático en el marco de la TREC para recalcar la enseñanza de cómo pensar lógica, objetiva y

racionalmente sin sobre generalizar y distorsionar los hechos o externalizar la culpa, la actividad se llevaba grupalmente a través de la exposición de los registros de situaciones problemáticas y el subsecuente análisis del contenido cognitivo irracional.

12. **Para el componente de Conciencia de la víctima (siete semanas)** se inducía estimular el acercamiento emocional a la víctima desde un enfoque de la TREC a través del debate de las creencias irracionales relacionadas al egocentrismo y de la proyección de películas en donde se dramatizaban a personas victimarias y víctimas, induciendo a los participantes a que se centraran y se pusieran en el lugar de la víctima en su condición de vulnerabilidad extrema. Se incluyó Role playing, en donde los participantes desempeñaban el rol de víctimas y se les pedía que experimentaran afectiva y cognitivamente la vulnerabilidad. Finalmente en las discusiones de grupo los participantes describían sus propias experiencias como víctimas, pues la mayoría de los ellos también lo habían sido.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis estadístico se aplicó la prueba t de Student para grupos dependientes, para comparar las medias de las diferencias de los puntajes del desempeño y mejoría en el tratamiento reflejado en las mediciones pretest-postest y los puntajes de la ejecución en la batería neuropsicológica, mediante el paquete estadístico JMP8.

También se llevaron a cabo análisis de regresión, técnica centrada en el uso de la asociación para elaborar una predicción, es un método de ajuste de curvas a través de la dispersión de datos. Se selecciona un tipo de ecuación (lineal, polinomial u otro) y se asigna el mecanismo de ajuste para determinar algunos de sus parámetros (coeficientes). Estos parámetros se determinan por el método de cuadrados mínimos para hallar el valor de los parámetros que minimizan la suma de las distancias de los cuadrados de cada punto a la línea del ajuste.

Los coeficientes **b0** y **b1** son parámetros que definen la posición e inclinación de la recta. El parámetro **b0**, conocido como la "ordenada en el origen," indica cuánto es Y cuando X = 0. El parámetro **b1** es el Coeficiente de Regresión y es la variación neta en Y por cada unidad de variación en X. El parámetro **b1**, conocido como la "pendiente," nos indica cuánto aumenta Y por cada aumento de una unidad en X (Pagano, 2006).

Esta herramienta compara la línea de regresión y los valores que puede adoptar la línea cuando la medida de la pendiente se acerca a cero. Así, se compara la línea de regresión ajustada con la línea horizontal de la media de modo que el declive de la línea de regresión mostrará una diferencia significativa del cero. Este proceso se representa como *prueba F* y compara la suma de los cuadrados residuales del ajuste de regresión a la suma de los cuadrados residuales de la media del grupo. En el presente caso nos indica cuánto incrementa un cambio en la respuesta al tratamiento por cada puntaje adicional en el desempeño de las tareas neuropsicológicas. La probabilidad mayor que t ($Prob > [t]$) es la probabilidad de obtener un mayor valor absoluto por puro azar si el valor verdadero de la pendiente es cero (Pagano, 2006).

La regresión se realizó entre los puntajes de las tareas de la "batería de lóbulos frontales y funciones ejecutivas de Flores, Ostrosky y Lozano" y las diferencias de los puntajes pre y post tratamiento de las escalas que indican la respuesta al tratamiento (Factores psicosociales de la violencia).

RESULTADOS: ESTUDIO TRES

En la presente sección se describen en detalle los resultados que mostraron una probabilidad asociada menor a .05. Las descripciones complementarias completas se encuentran integradas en el Anexo 1.

Específicamente, con respecto a los puntajes de las tareas de la batería neuropsicológica y los puntajes de la "escala de *reacción a la provocación* de Novaco", las tablas 21 y 22 muestran aquellas tareas neuropsicológicas que predijeron la respuesta al tratamiento de forma significativa.

En las tareas asociadas a la actividad de las áreas orbito-mediales, la tarea de atravesar en la prueba de *laberintos* predijo significativamente la *respuesta al tratamiento* en el segmento "B" de la escala (F, $p < 0.05$), que mide el *nivel de enojo* ante situaciones percibidas como provocación. La prueba de *cartas Iowa* también predijo el nivel de *enojo* ante dichas situaciones (T, $p < 0.04$). Los puntajes del segmento B de la tarea *Stroop* predijeron significativamente tanto el dominio de *activación* (F, $p < 0.02$; T, $p < 0.007$) como el dominio *conductual* (F, $p < 0.02$; T, $p < 0.006$). Dentro de la tarea de *clasificación de cartas*, los errores de mantenimiento predicen significativamente el dominio *conductual* (T, $p < 0.01$). El puntaje subtotal de todas las tareas asociadas a la *actividad orbitomedial* predicen significativamente el dominio *conductual* (F, $p < 0.01$; T, $p < 0.01$), con las tareas de *Stroop "B"* y *clasificación de cartas*, arrojando la mayor contribución.

En cuanto a las tareas asociadas a las funciones del área pre-frontal anterior, la tarea de *clasificación semántica* en la totalidad de categorías abstractas, predicen de modo significativo la ejecución del dominio de *actividad* (T, $p < 0.03$), mientras que la tarea de *meta-memoria*, los *errores positivos* predicen significativamente también la parte "B" de la escala (nivel de *enojo* ante situaciones percibidas como provocación) (T, $p < 0.003$).

Los resultados de las tareas asociadas a las funciones de las áreas dorsolaterales, particularmente en las tareas de memoria de trabajo revelaron que, en *memoria viso-espacial*, el señalamiento auto-dirigido en las perseveraciones (F, $p < 0.03$) así como en la tarea de *resta de 7 en 7* desde 100 (F, $p < 0.01$) predicen significativamente el dominio de *actividad*. El registro de *tiempo de la suma sucesiva* predice significativamente el dominio *cognitivo* (F, $p < 0.01$) al igual que el dominio *conductual* (F, $p < 0.04$) y el dominio del nivel de *enojo* ante situaciones percibidas como provocación (parte "B") (F, $p < 0.01$). La tarea de ordenamiento alfabético durante el primer ensayo predice significativamente el dominio de la activación (T, $p < 0.05$).

Respecto a las tareas relacionadas a las funciones de las áreas dorso-laterales, específicamente de las propias funciones ejecutivas, la tarea de *laberintos* en el registro del *tiempo* predice significativamente el

dominio *cognitivo* ($F, p < 0.02$) y el dominio del *enojo* ante situaciones percibidas como provocación (parte "B") ($F, p < 0.03$). En la tarea de clasificación semántica, el promedio de "*target ítems*" (*animales*) mencionados predice significativamente el dominio *cognitivo* ($F, p < 0.01$; $T, p < 0.007$). La ejecución en la prueba de la *Torre de Hanoi* con 3 ($F, p < 0.05$) y 4 fichas ($T, p < 0.03$) predicen significativamente la diferencia *pretest-postest* del tratamiento en el dominio de *enojo* ante situaciones percibidas como provocación (parte "B") de la escala.

Finalmente, la tabla 23 muestra que el total de las tareas asociadas a las funciones de las *áreas orbito-mediales* predijeron significativamente el dominio *conductual* ($F, p < 0.019$; $T p < t 0.01$).

TABLA 21

ESCALA DE REACCIÓN A LA PROVOCACIÓN DE NOVACO													
ÁREA	SUBESCALAS	Cambio dom. cognitivo			Cambio dom. Actividad			Cambio dom. conductual			Cambio pt. B		
		b1	Prob > F	Prob> t	b1	Prob > F	Prob> t	b1	Prob > F	Prob> t	b1	Prob > F	Prob> t
ORBITOMEDIAL	Laberintos. Atravesar (codificado).	0.5	0.64	0.83	1.14	0.14	0.87	0.70	0.43	0.74	3.85	0.05*	0.96
	Prueba de Juego. Puntuación total (codificado).	1.38	0.31	0.70	0.48	0.60	0.58	0.61	0.55	0.70	1.22	0.60	0.04*
	Stroop forma "B". Aciertos.	0.02	0.84	0.62	0.18	0.02*	0.007*	0.20	0.02*	0.006*	0.05	0.79	0.29
	Clasificación de cartas. Errores de mantenimiento (codificado).	1.41	0.31	0.15	-0.71	0.45	0.85	1.91	0.06	0.01*	-1.2	0.61	0.37
	SUBTOTAL	0.02	0.84	0.73	0.10	0.11	0.07	0.17	0.019*	0.01*	0.01	0.96	0.64
PREFRONTAL ANTERIOR	Clasificación semántica. Total de categorías abstractas (codificado).	0.03	0.97	0.58	1.19	0.19	0.03*	1.16	0.25	0.06	3.16	0.17	0.83
	Metamemoria. Errores Positivos (codificado).	-0.44	0.73	0.81	0.90	0.30	0.96	1.33	0.17	0.70	3.64	0.097	0.003*
	SUBTOTAL	-0.5	0.47	0.59	0.13	0.79	0.55	-0.2	0.69	0.92	-0.4	0.722	0.87

Tabla 22

ESCALA DE REACCIÓN A LA PROVOCACIÓN DE NOVACO													
ÁREA	SUBESCALAS	Cambio dom. cognitivo			Cambio dom. Actividad			Cambio dom. conductual			Cambio pt. B		
		b1	Prob > F	Prob> t	b1	Prob > F	Prob> t	b1	Prob > F	Prob> t	b1	p-F<	p-t<
DORSOLATERAL. MEMORIA DE TRABAJO	Señalamiento Autodirigido. Perseveraciones (codificado).	-0.5	0.65	0.84	-1.7	0.03*	0.38	-2.03	0.02	0.28	-1.5	0.03	0.06
	Restas. 100-7. Tiempo (codificado).	-3.03	0.054	0.13	-2.6	0.011*	0.07	-0.85	0.48	0.96	-4.7	0.07	0.55
	Restas. 100-7. Aciertos.	-0.04	0.92	0.64	0.15	0.15	0.62	0.13	0.68	0.21	0.24	0.74	0.07
	Suma. Tiempo (codificado).	-4.1	0.02*	0.05	-2.07	0.10	0.3	-2.83	0.04*	0.131	-7.5	0.01*	0.12
	Suma. Aciertos.	-0.04	0.85	0.66	-0.14	0.41	0.72	-0.08	0.67	0.54	-0.64	0.13	0.70
	Ordenamiento Alfabético. Número de ensayo 1 (codificado).	0.06	0.95	0.40	0.59	0.48	0.049*	-0.02	0.98	0.20	-3.1	0.13	0.30
	SUBTOTAL	-0.05	0.57	0.78	-0.04	0.49	0.86	-0.04	0.57	0.91	-0.19	0.26	0.75
DORSOLATERAL. FUNCIONES EJECUTIVAS	Laberintos. Tiempo (codificado).	-2.78	0.023*	0.08	-1.64	0.05--	0.32	-1.2	0.18	0.62	-4.48	0.032*	0.51
	Clasificación Semántica. Promedio animales (codificado).	4.47	0.01*	0.007*	1.02	0.44	0.16	1.36	0.40	0.66	2.36	0.47	0.09
	Torre de Hanoi 3 Fichas. Movimientos (codificado).	-1.13	0.38	0.74	-1.19	0.16	0.70	-0.09	0.63	0.95	-4.19	0.05*	0.68
	Torre de Hanoi 4 Fichas. Tiempo (codificado).	-2.17	0.11	0.49	0.52	0.58	0.09	0.5	0.64	0.83	1.05	0.65	0.03*
	SUBTOTAL	-0.17	0.16	0.26	-0.05	0.50	0.85	3.2	0.06	0.18	-0.24	0.25	0.69

Tabla 23

	Cambio dom. cognitivo			Cambio dom. actividad			Cambio dom. conductual			Cambio pt. B		
	b1	Prob > F	Prob> t	b1	b1	Prob > F	Prob> t	b1	b1	p-F<	p-t<	b1
Total Orbitomedial	0.02	0.84	0.73	0.10	0.11	0.07	0.17	0.019*	0.01*	0.01	0.96	0.64
Total Dorsolateral	-0.06	0.28	0.4	-0.03	0.4	0.7	-0.1	0.06	0.6	-0.14	0.19	0.5
Total Prefrontal Anterior	-0.5	0.47	0.59	0.13	0.79	0.55	-0.2	0.69	0.92	-0.4	0.722	0.87
Total Batería Funciones Ejecutivas	-0.02	0.3	0.4	-0.004	0.8	0.9	-0.005	0.8	0.9	-0.05	0.2	0.5

La tabla 24 muestra los resultados de los análisis de regresión de las tareas neuropsicológicas en relación a la diferencia de puntajes entre la medición pre y post tratamiento de la escala de *agresión proactiva-reactiva* de Raine.

En las tareas asociadas a la actividad de las áreas orbito-mediales, la Prueba de *Juego* predijo significativamente la *agresión reactiva* (F, $p < 0.05$), los errores tipo *Stroop* "A" predijeron significativamente ambos tipos de agresión, tanto la *agresión proactiva* (T, $p < 0.002$) como la tipo *reactiva* (T, $p < 0.009$); también predicen significativamente el cambio en los puntajes globales de cambio pre-post-tratamiento de la agresión proactiva y reactiva (T, $p < 0.003$). Los errores tipo *Stroop* "B" predijeron significativamente la *agresión proactiva* (T, $p < 0.03$) mientras que los aciertos tipo *Stroop* "B" también predijeron la *agresión proactiva* (T, $p < 0.01$) y la reactiva (T, $p < 0.04$). Los errores de mantenimiento del juego de cartas predijeron la agresión proactiva (T, $p < 0.02$). El puntaje subtotal de todas las tareas asociadas a la actividad orbito-medial predicen significativamente tanto la agresión proactiva (T, $p < 0.02$) como la reactiva (T, $p < 0.02$), con las tareas de *Stroop* "A" arrojando la mayor contribución.

Con respecto a las tareas asociadas a la actividad del área Pre-frontal anterior, en la tarea de *Clasificación Semántica*, el total de categorías abstractas predijo significativamente la diferencia en las mediciones *pre-post global* de la escala (T, $p < 0.04$).

Los resultados de las tareas asociadas a las funciones de las áreas dorso-laterales, particularmente en las tareas de memoria de trabajo las perseveraciones en la tarea de *Señalamiento Auto-dirigido* predice la agresión proactiva (F, $p < 0.04$), la agresión reactiva (F, $p < 0.04$) y el cambio global (F, $p < 0.01$). La tarea de restas sucesivas 100-7 predicen la agresión reactiva (T, $p < 0.05$); el número de ensayos en la primer tarea de Ordenamiento Alfabético predice significativamente la agresión proactiva (T, $p < 0.001$), también la agresión reactiva (T, $p < 0.02$) y el cambio global (T, $p < 0.004$). La tarea de perseveraciones de la tarea de Memoria Viso-espacial predice significativamente a la agresión proactiva (F, $p < 0.02$; T, $p < 0.001$).

Respecto a las tareas relacionadas a las funciones de las áreas dorso-laterales, específicamente de las propias funciones ejecutivas, el total de categorías abstractas en la tarea de *Clasificación Semántica* predijo significativamente al cambio global de la escala de agresión proactiva-reactiva (T, $p < 0.04$). El promedio de animales mencionados en la tarea de clasificación semántica predijo significativamente tanto a la agresión proactiva (F, $p < 0.02$; T, $p < 0.001$) como a la agresión reactiva (F, $p < 0.02$; T, $p < 0.005$) como al cambio global (F, $p < 0.01$; T, $p < 0.001$). El tiempo realizado en la ejecución de la tarea Torre de Hanoi con 4 fichas, predicen el indicador de agresión proactiva (T, $p < 0.04$).

Tabla 24

ESCALA DE AGRESIÓN PROACTIVA Y REACTIVA DE RAINE										
ÁREA	SUBESCALAS	Cambio A. proactiva			Cambio A. reactiva			Cambio global		
		b1	Prob > F	Prob> t	b1	Prob > F	Prob> t	b1	Prob > F	Prob> t
ORBITOMEDIAL	Prueba de Juego. Puntuación total (codificado).	-0.88	0.22	0.51	-1.64	0.05	0.34	-2.20	0.11	0.94
	Stroop Forma "A". Errores tipo Stroop (codificado).	0.91	0.17	0.002*	1.47	0.06	0.009*	2.15	0.10	0.003*
	Stroop Forma "B". Errores tipo Stroop (codificado).	0.33	0.67	0.0319*	-0.01	0.98	0.37	0.1	0.07	0.03
	Stroop Forma "B". Tiempo (codificado).	0.37	0.74	0.24	1.97	0.14	0.06	0.3	0.06	0.04
	Stroop forma "B". Aciertos.	0.1	0.10	0.01*	0.13	0.09	0.04*	0.1	0.03	0.05
	Clasificación de cartas. Errores de mantenimiento (codificado).	0.68	0.36	0.02*	0.64	0.47	0.16	0.2	0.08	0.04
	SUBTOTAL	0.08	0.11	0.04*	0.11	0.07	0.04*	0.1	0.8	0.5
P. A.	Clasificación semántica. Total de categorías abstractas (codificado).	-0.1	0.88	0.15	0.57	0.5	0.16	1.2	0.39	0.04*
	SUBTOTAL	-0.4	0.3	0.64	0.09	0.8	0.6	-0.4	0.6	0.97
DORSOLATERAL. MEMORIA DE TRABAJO	Señalamiento Autodirigido. Perseveraciones (codificado).	-1.32	0.04*	0.94	-1.57	0.04*	0.33	-3.03	0.01*	0.55
	Señalamiento Autodirigido. Aciertos.	0.002	0.9	0.5	0.1	0.8	0.5	-0.06	0.9	0.6
	Restas. 40-3. Aciertos.	0.16	0.55	0.06	0.15	0.6	0.27	0.4	0.43	0.27
	Restas. 100-7. Aciertos.	0.08	0.7	0.05	0.01	0.95	0.38	0.16	0.7	0.09
	Ordenamiento Alfabético. Número de ensayo 1 (codificado).	0.88	0.18	0.001*	0.9	0.21	0.02*	1.47	0.26	0.004*
	Memoria Visoespacial. Nivel máximo.	-0.18	0.8	0.06	-0.57	0.6	0.6	-0.7	0.35	0.4
	Memoria Visoespacial. Perseveraciones (codificado).	2.2	0.02*	0.001*	0.68	0.56	0.27	0.2	0.09	0.03
	SUBTOTAL	0.001	0.98	0.38	0.001	0.98	0.66	0.3	0.9	0.6
DORSOLATERAL AL. FUNCIONES EJECUTIVAS	Clasificación Semántica. Total de categorías (codificado).	-0.03	0.9	0.12	1.15	0.27	0.07	1.27	0.46	0.05*
	Clasificación Semántica. Promedio animales (codificado).	2.1	0.02*	0.001*	2.72	0.02*	0.005*	4.6	0.01*	0.001*
	Torre de Hanoi 4 Fichas. Tiempo (codificado).	-0.05	0.94	0.04*	-0.4	0.6	0.5	0.025	0.98	0.06
		SUBTOTAL	-0.03	0.6	0.7	0.03	0.7	0.4	-0.02	0.8

La tabla 25, muestra los análisis de regresión de las puntuaciones totales por área cortical de la batería de Lóbulos Frontales y la escala de agresión proactiva-reactiva. El puntaje total del área orbito-medial

predice el cambio de agresión proactiva (T, $p < 0.04$) y reactiva (T, $p < 0.04$).

Tabla 25

PUNTUACIONES TOTALES	Cambio A. proactiva			Cambio A. reactiva			Cambio global		
	b1	Prob > F	Prob > t	b1	Prob > F	Prob > t	b1	p-F <	p-t <
Total Orbito-medial	0.08	0.11	0.04*	0.11	0.07	0.04*	0.06	0.09	0.03
Total Dorso-lateral	-0.008	0.8	0.6	0.009	0.8	0.51	-0.01	0.8	0.6
Total Pre-frontal Anterior	-0.4	0.3	0.64	0.09	0.8	0.6	-0.4	0.6	0.97
Total Batería Funciones Ejecutivas	0.002	0.8	0.5	0.013	0.5	0.4	0.013	0.7	0.4

La tabla 26 muestra los análisis de regresión de las tareas neuropsicológicas en relación a la diferencia de puntajes entre la medición pre y post tratamiento de la escala de “compromiso, responsividad y mejoría al tratamiento de Serin”.

En las tareas asociadas a la actividad de las áreas orbito-mediales, la puntuación total de la Prueba de juego predijo significativamente el cambio en la mejoría al tratamiento (T, $p < 0.04$). Los errores tipo Stroop “A” predicen significativamente el cambio en la responsividad (T, $p < 0.05$) y los errores de mantenimiento en la tarea de Clasificación de cartas predice significativamente el cambio en la mejoría al tratamiento (T, $p < 0.02$).

Con respecto a las tareas asociadas a la actividad del área Pre-frontal anterior, los errores positivos de la tarea de meta-memoria predicen significativamente el cambio en la mejoría al tratamiento (T, $p < 0.05$). Respecto a las tareas relacionadas a las funciones de las áreas dorso-laterales, específicamente de las propias funciones ejecutivas, las perseveraciones de criterio en la tarea de clasificación de cartas, predice significativamente el cambio en la mejoría (F, $p < 0.03$).

En la tarea de clasificación semántica, el número promedio de animales clasificados correctamente predijo significativamente el cambio en Responsividad (T, $p < 0.05$); en la tarea de Fluidez verbal de verbos, las perseveraciones predicen significativamente el cambio positivo en Compromiso; el número de movimientos en la tarea de la torre de Hanoi con tres fichas predice significativamente el cambio en el Compromiso (F, $p < 0.04$), el cambio en Responsividad (F, $p < 0.05$). En esta misma tarea el tiempo registrado, predice significativamente el cambio en el Compromiso (F, $p < 0.02$); finalmente, la tarea de Torre de

Hanoi con cuatro fichas en el registro de tiempo, predice significativamente el cambio en compromiso ($F, p < 0.006$) y en Responsividad ($F, p < 0.04$).

Tabla 26

ESCALA DE COMPROMISO RESPONSABILIDAD Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO										
ÁREA	SUBESCALAS	Cambio COMPROMISO			Cambio RESPONSABILIDAD			Cambio MEJORÍA		
		b1	Prob > F	Prob> t	b1	Prob > F	Prob> t	b1	p-F<	p-t<
ORBITO MEDIAL	Prueba de Juego. Puntuación total (codificado).	1.4	0.1	0.5	1	0.3	0.8	1	0.08	0.04*
	Stroop Forma "A". Errores tipo Stroop (codificado).	0.64	0.45	0.78	-0.7	0.43	0.05	-1	0.06	.2
	Clasificación de cartas. Errores de mantenimiento (codificado).	1.09	0.23	0.07	-1.1	0.27	0.05	-1.4	0.02*	0.06
	SUBTOTAL	-0.02	0.77	.6	-0.07	0.27	0.17	-0.05	0.26	0.3
P. A.	Meta-memoria. Errores Positivos (codificado).	0.64	0.46	0.9	-0.001	1	0.3	1.05	0.08	0.05*
	SUBTOTAL	0.33	0.5	0.7	0.33	0.6	0.8	0.35	0.34	0.29
D.L. M.T.	Memoria Viso-espacial. Perseveraciones (codificado).	-0.63	0.6	0.3	-1.5	0.2	0.06	-0.13	0.9	0.9
	SUBTOTAL	0.06	0.3	0.5	0.07	0.34	0.7	-0.02	0.7	0.8
DORSOLATERAL FUNCIONES EJECUTIVAS	Clasificación de Cartas. Perseveraciones de criterio (codificado).	0.27	0.8	0.7	0.69	0.5	0.9	-1.3	0.03*	0.08
	Clasificación Semántica. Promedio animales (codificado).	-1.3	0.3	0.12	-2.05	0.16	0.05*	-1.6	0.06	0.12
	Fluidez Verbal de Verbos. Perseveraciones (codificado).	1.9	0.03*	0.25	0.92	0.35	0.76	0.74	0.26	0.15
	Torre de Hanoi 3 Fichas. Movimientos (codificado).	1.69	0.04*	0.22	1.7	0.05*	0.38	0.46	0.45	0.29
	Torre de Hanoi 3 Fichas. Tiempo (codificado).	2.08	0.02	0.12	1.9	0.06	0.36	0.52	0.44	0.3
	Torre de Hanoi 4 Fichas. Tiempo (codificado).	2.1	0.006*	0.23	1.7	0.04*	0.8	0.5	0.38	0.31
	SUBTOTAL	0.1	0.15	0.3	0.1	0.23	0.5	-0.06	0.25	0.33

La tabla 27 muestra los análisis de regresión de las tareas neuropsicológicas con relación a la diferencia de puntajes entre la medición pre y post tratamiento de la escala de "Riesgo de Comportamientos Violentos de Pueyo y Hillterman". Se registró predicción significativa en la tarea asociada a la actividad de los sectores pre-frontales anteriores que es el registro del tiempo en la tarea de refranes en el cambio en el factor gestión del riesgo (T, $p < 0.01$).

Para las tareas asociadas a las áreas dorso-laterales, específicamente con las funciones de memoria de trabajo, dos tareas predijeron la respuesta al tratamiento: las perseveraciones de la tarea de señalamiento auto-dirigido en relación con el cambio de los factores clínicos (F, $p < 0.002$; T, $p < 0.01$) y en relación al cambio en el puntaje total de esta escala (F, $p < 0.04$). La otra tarea es el ordenamiento alfabético en números de ensayos con respecto al cambio en el gestión de riesgo (F, $p < 0.05$). Finalmente, la tarea asociada a la actividad pre-frontal dorso-lateral de las funciones ejecutivas que predijo la respuesta al tratamiento, es la clasificación semántica en la modalidad

del promedio de animales mencionados en relación al cambio en los factores clínicos (F, $p < 0.04$; T, $p < 0.02$).

Tabla 27

ESCALA DE RIESGO DE VIOLENCIA										
ÁREA	SUBESCALAS	CAMBIO RV CLÍNICOS			CAMBIO RV G. DE RIESGO			TOTAL		
		b1	Prob > F	Prob > t	b1	Prob > F	Prob > t	b1	Prob > F	Prob > t
P.A.	Refranes. Tiempo (codificado).	-0.10	0.79	0.99	0.73	0.06	0.0183*	0.55	0.47	0.24
	SUBTOTAL	-0.21	0.23	0.29	0.06	0.75	0.54	-0.08	0.81	0.99
D.L. M DE T.	Señalamiento Autodirigido. Perseveraciones (codificado).	-0.84	0.0020*	0.0109*	-0.59	0.060	0.43	-1.60	0.004*	0.05
	Ordenamiento Alfabético. Número de ensayo 1 (codificado).	0.08	0.79	0.49	0.29	0.37	0.05	0.47	0.45	0.12
	SUBTOTAL	-0.02	0.33	0.43	0.03	0.45	0.44	-0.04	0.22	0.31
D.L. FUNC / EJEC.	Clasificación Semántica. Promedio animales (codificado).	0.91	0.04*	0.028*	0.65	0.18	0.06	1.52	0.09	0.04*
	SUBTOTAL	-0.02	0.42	0.52	-0.05	0.09	0.21	-0.08	0.17	0.30

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN, ESTUDIO 3

Los resultados de este estudio confirman a las funciones ejecutivas como un factor predictor ante el tratamiento en población penitenciaria.

Los análisis sobre las diversas tareas que evalúan la actividad de los lóbulos frontales, las funciones ejecutivas y los resultados de los instrumentos que evalúan la violencia, en particular las pruebas que evalúan principalmente las funciones de la corteza pre-frontal orbito-medial y su capacidad de predicción ante el *Novaco Anger Scale* (NAS), mostraron que la tarea Stroop, forma “B” predice la pobre respuesta al tratamiento en el dominio de “Activación fisiológica”.

En el dominio Conductual, la limitada capacidad de inhibir respuestas “automatizadas” influye en la regulación de la activación fisiológica y naturalmente, en la regulación conductual ante situaciones de provocación. En general, la historia de vida de criminales violentos está influida de aprendizajes y estilos interpersonales inadecuados, debido a la exposición de factores, ambientales, psicosociales y familiares que no facilitan el desarrollo adecuado de procesos auto-regulatorios (Blair & Cipolloti, 2000; Chugani, et al., 2001; Eluvathingal, et al., 2006; Fabian, 2010; Fishbein & Sheppard, 2006; Lee & Hoaken,

2007; Raine, et al., 2002; Sholberg & Mateer, 1989; Volavka, 1999; Wood, et al., 2006).

También pueden contribuir factores genéticos y biológicos que se agregan a los factores ambientales, lo que resulta en la segmentación funcional en personas con mayores dificultades en el control inhibitorio de respuestas internas y conductuales asociadas a la violencia. Así la función neuropsicológica "*control inhibitorio*" muy probablemente requiere un proceso de rehabilitación específico de base, antes que un proceso de intervención psicológico.

La tarea "Clasificación de cartas" en errores de mantenimiento predijola pobre respuesta al tratamiento en el puntaje en el "dominio conductual" del NAS. Los déficits en la flexibilidad mental, la perseverancia patológica en la toma de decisiones que requiere la capacidad para cambiar los criterios de clasificación influye en las dificultades para controlarse conductualmente ante la ira o situaciones de provocación. Esto muestra la limitada capacidad de los internos para ser cognitivamente flexibles en respuesta a situaciones cotidianas, la rigidez cognitiva no les permite ampliar el repertorio conductual y cognitivo para generar respuestas más adaptativas.

El subtotal de las pruebas que evalúan funciones que dependen principalmente de la corteza orbito-frontal y fronto-medial predicen significativamente la pobre respuesta al tratamiento en el "dominio conductual" del NAS. En principio esto significa que la capacidad de la población penitenciara para reaccionar violentamente ante situaciones de provocación está influida por la disminución funcional en el procesamiento y regulación emocional y en la regulación, control e inhibición conductual (Fisbhein, et al., 2009). También está influida por la detección de cambios en las condiciones ambientales (negativas o positivas) para el sujeto, para ajustes comportamentales subsecuentes y para la toma de decisiones ante situaciones inciertas o ambiguas. También es de señalarse la relevancia emocional de un esquema particular de acción para una situación dada; la detección y solución de conflictos; regulación y esfuerzo atencional; regulación de la agresión y estados atencionales, incluso, procesos de mentalización.

Con respecto a las pruebas asociadas a las funciones que dependen principalmente de la corteza pre-frontal anterior, la clasificación semántica, el total de categorías abstractas predijo la pobre respuesta al tratamiento en el “dominio actividad fisiológica” del NAS.

Esto implica que los internos con déficits en la capacidad de abstracción tienen dificultades para regularse fisiológicamente ante situaciones de provocación. Los errores positivos en meta-memoria predicen el nivel de ira en el NAS y muestra que los internos con déficits para realizar juicios de predicción de desempeño y ajustes entre los juicios de desempeño y el desempeño real tienen dificultades para regular su enojo en situaciones de provocación. También implica dificultades ante la frustración, muy probablemente por no tener conciencia de sus capacidades reales, por las expectativas que tienen de sí mismos y por la imposibilidad de cubrirlas; todo lo cual puede ocasionar mayor hostilidad.

En relación a las pruebas asociadas a la función de la memoria de trabajo que dependen de la corteza dorso-lateral, las tareas de señalamiento auto-dirigido predijeron la pobre respuesta al tratamiento en el dominio de actividad fisiológica del NAS. De esta manera, el déficit en la memoria de trabajo viso-espacial, la dificultad de mantener “en línea” información viso-espacial, el tiempo requerido para completar una tarea mental, el depender principalmente del contexto visual inmediato sin considerar eventos previos, puede influir en el nivel de activación fisiológica ante situaciones de provocación.

El pobre desempeño en la prueba de “resta sucesiva” (100-7), en cuanto al tiempo para realizarla, predijo la pobre respuesta al tratamiento en el dominio de actividad del NAS. Esto muestra que los déficits en la capacidad para desarrollar temporalmente secuencias en orden inverso, el déficit cognitivo de manipular efectivamente información para utilizarla posteriormente puede influir en el nivel de activación fisiológica ante situaciones de provocación.

El pobre desempeño en la prueba de “suma”, particularmente el tiempo requerido para realizarla predijo la pobre respuesta al tratamiento en el dominio conductual y en nivel de ira. Este hallazgo

nos habla, nuevamente, de que el déficit en la capacidad de mantener una determinada información en un sistema de memoria de corto plazo y el tiempo necesario hasta completar una tarea mental predice la pobre respuesta al tratamiento en el dominio conductual y el nivel de ira. Esto muestra cómo la dificultad para mantener mentalmente diferentes aspectos relacionados con la toma de decisiones subsecuentes incluirían cogniciones que eviten la atenuación de la ira, que ocasiona hostilidad con la subsecuente toma de decisiones impulsivas y consecuencias negativas, condición que predice la pobre respuesta al tratamiento en estos rubros.

El pobre desempeño en la prueba neuropsicológica de “ordenamiento alfabético” predijo la pobre respuesta al tratamiento en el dominio de “actividad” del NAS. Esto muestra que los déficits para manipular mentalmente la información articulatoria o fonológica deterioran una buena respuesta al tratamiento en el dominio “actividad fisiológica”.

En relación a las pruebas asociadas propiamente a las funciones ejecutivas que dependen de la corteza dorso-lateral, se observó que la prueba de “laberintos” predice la mejoría en la respuesta al tratamiento en el dominio “cognitivo” y el nivel de ira (parte B) del NAS. Nos muestra que los déficits en la capacidad de autorregulación para respetar límites y reglas predicen la pobre respuesta al tratamiento con respecto a la regulación cognitiva y emocional.

La prueba “generación de clasificaciones semánticas”, en cuanto al promedio de clasificaciones, predijeron la pobre respuesta al tratamiento en el dominio “cognitivo” del NAS. Estos hallazgos sugieren que el déficit en la producción de grupos semánticos y en la capacidad de abstracción, limita el desempeño en respuesta al tratamiento. El pensamiento concreto y la escasa generación de estrategias cognitivas no permite ampliar el repertorio cognitivo para implementar estrategias de pensamiento más eficaces ante situaciones de provocación o modificar estructuras cognitivas establecidas de forma rígida por unas más adaptativas.

La prueba “torre de Hanói” con tres fichas, en cuanto el número de movimientos, predijo la pobre respuesta al tratamiento en “nivel de

ira" (parte B) del NAS. Esto muestra que los déficits en la capacidad de anticipar de forma secuenciada acciones en orden progresivo y regresivo (planeación secuencial) se asocia a baja respuesta al tratamiento en la regulación emocional. Adicionalmente el tiempo de ejecución de la prueba "torre de Hanói" con cuatro fichas predijo el nivel de ira (parte B) del NAS.

Los hallazgos son consistentes con otros estudios en el sentido de que las pruebas asociadas con la función inhibición conductual y con la actividad del área prefrontal orbito-medial, pueden predecir la respuesta al tratamiento (Fishbein et al, 2006, 2009). La inhibición conductual ha mostrado un alto nivel de coherencia con el dominio conductual del NAS, ya que este dominio refleja en gran medida las dificultades para inhibir la propia conducta en situaciones de provocación.

En relación a las pruebas neuropsicológicas que predijeron la respuesta al tratamiento en los indicadores de la "Escala de Agresión Proactiva y Reactiva de Raine", las pruebas que evalúan principalmente las funciones de la corteza prefrontal orbitomedial que predijeron la respuesta al tratamiento con los indicadores del APR, fue la prueba de cartas "IOWA" que predijo la pobre respuesta al tratamiento de la agresión reactiva, nos muestra que los déficits en la capacidad para detectar y evitar selecciones de riesgo, así como para detectar y mantener selecciones de beneficio influyen en la pobre mejoría en la agresión reactiva.

Los errores en la prueba "Stroop forma A" predijo la pobre respuesta al tratamiento tanto en la agresión "proactiva" como en la "reactiva" y el puntaje global, esto significa que el déficit en la capacidad de control inhibitorio predispone a una pobre mejoría al tratamiento en la agresión premeditada, predatoria o proactiva en la que se realizan actos planeados, controlados, sin contenido emocional definido y en la agresión reactiva, que incluye actos no planeados, espontáneos desproporcionados ante un evento provocativo. También incluye estados de agitación precedidos, en general, por la ira, y manifestación de "pesar" después del acto (Arias & Ostrosky, 2008). En la agresión proactiva se puede explicar la influidez de la prueba "stroop" debido a

las dificultades para inhibir procesos automatizados y evaluar las consecuencias de sus actos.

Los errores en la prueba "stroop forma B", predijeron la pobre respuesta al tratamiento en la agresión "proactiva", mientras que el número de aciertos predijo la pobre respuesta al tratamiento tanto en la agresión "proactiva" como en la "reactiva".

El hecho de que la prueba de "clasificación de cartas" haya predicho la pobre respuesta al tratamiento en la agresión proactiva muestra que el déficit para generar hipótesis de clasificación y para cambiar de forma flexible los criterios en la forma de clasificar predispone a una pobre mejoría al tratamiento en la agresión premeditada, predatoria o proactiva. La rigidez mental parece impedir o limitar la adquisición de habilidades cognitivas-conductuales que eviten la toma de decisiones riesgosas.

El subtotal de las pruebas que evalúan principalmente las funciones de la corteza pre frontal orbito-medial y fronto-medial predijeron la pobre respuesta al tratamiento tanto en la agresión "proactiva" como en la "reactiva", lo cual confirma que las dificultades en la inhibición cognitiva y conductual ocasionan decisiones riesgosas y criminales y actos no planeados, espontáneos, fuera de proporción ante una aparente provocación, con agitación precedida por ira.

Con respecto a las pruebas asociadas a las funciones que dependen principalmente de la corteza prefrontal anterior, la prueba "generación de clasificaciones semánticas" predijo la respuesta al tratamiento en el cambio global del puntaje del APR, lo que muestra que el déficit en la capacidad de producir grupos semánticos y en la producción espontáneamente de categorías abstractas, limita la mejoría en el tratamiento de la agresión "proactiva" y "reactiva".

En relación a las pruebas asociadas a la función de la memoria de trabajo que dependen de la corteza dorso lateral, se observó que las perseveraciones en la prueba "señalamiento auto-dirigido" predijeron la pobre respuesta al tratamiento en los dos tipos de agresión (proactiva y reactiva) y el puntaje global en el APR. Nos muestra que los déficits

en la capacidad para utilizar la memoria de trabajo viso-espacial limita la mejoría en el tratamiento de la agresión “proactiva” y “reactiva”.

Los aciertos en la prueba de “resta consecutiva” (100-7) predijeron la respuesta al tratamiento en la agresión “proactiva” y nos muestra que el déficit en la capacidad de desarrollar secuencias en orden inverso afecta la mejoría en el tratamiento de la agresión planeada. Las estrategias cognitivo-conductuales establecidas en el programa de intervención difícilmente se pudieron consolidar y aplicar en un contexto en vivo o cotidiano debido a los problemas para operar y aplicar dichas estrategias.

La prueba de “ordenamiento alfabético” predijo la pobre respuesta al tratamiento en ambos tipos de agresión (proactiva-reactiva) y el puntaje global del APR, nos muestra que el déficit en la capacidad para manipular mentalmente la información verbal contenida en la memoria de trabajo reduce la mejoría en el tratamiento. En efecto, las estrategias para desarrollar habilidades verbales, para ampliar el repertorio cognitivo y verbal para compensar un estilo violentamente proactivo de convivencia y mejorar las habilidades sociales se ven afectadas por este déficit.

Las perseveraciones en la prueba “memoria de trabajo visoespacial secuencial” predijeron la pobre respuesta al tratamiento de la agresión “proactiva” y nos muestra que los déficits en la capacidad para retener y reproducir activamente un orden de eventos en serie viso espacial determinado afecta la adopción de estrategias cognitivo-conductuales para disminuir la agresión reactiva.

En relación a las pruebas asociadas propiamente a las funciones ejecutivas que dependen de la corteza dorso-lateral, se mostró que la prueba “generación de clasificaciones semánticas”, el total de categorías realizadas predice la pobre respuesta al tratamiento del puntaje global del APR. Los déficits en la capacidad de producir grupos semánticos y la capacidad de actitud abstracta limita la mejoría en el tratamiento de la agresión tanto “proactiva” como “reactiva”.

También en la prueba “generación de clasificaciones semánticas”, el promedio de animales evocados predijo la pobre respuesta al tratamiento en los dos tipos de agresión y el puntaje global del APR, nos muestra que el déficit en la capacidad de producir grupos semánticos limita la mejoría en el tratamiento de la agresión tanto “proactiva” como “reactiva”.

En la prueba “torre de Hanoi” con cuatro fichas, tiempos más largos en el desempeño predijeron la pobre respuesta al tratamiento en la agresión proactiva, nos muestra que los déficits en la planeación secuencial limita la mejoría en el tratamiento de la agresión con características “proactiva o premeditada”.

En relación a las pruebas neuropsicológicas que predijeron la respuesta al tratamiento en los indicadores de la “Escala de *Compromiso, Responsividad y Respuesta al Tratamiento* (CRRT), se observó lo siguiente:

Las pruebas que evalúan principalmente las funciones de la corteza prefrontal orbitomedial y su capacidad predictiva en los reactivos del CRRT mostraron:

La puntuación total de la prueba de “cartas de IOWA” predijo la pobre respuesta al tratamiento en la categoría “mejoría” del CRRT, esto significa que los déficits en la capacidad para detectar y evitar selecciones de riesgo, y para detectar y mantener selecciones de beneficio limita el mejoramiento al tratamiento, limita la adquisición de habilidades cognitivo-conductuales brindadas para relacionarse interpersonalmente de forma adaptativa.

La prueba “generación de clasificaciones semánticas” en el número promedio de animales evocados, predijo la pobre respuesta al tratamiento en la “responsividad al tratamiento” del CRRT., lo que muestra que el déficit en la capacidad de producir grupos semánticos y la capacidad de actitud abstracta limita la habilitación o rehabilitación de recursos cognitivo/emocionales relacionados con la empatía e involucramiento afectivo, en la capacidad de reconocer conductas problemáticas, en la capacidad de establecer objetivos reales y

alcanzables y poner en marcha las habilidades necesarias. También limita la capacidad de manejar la ira en forma racional y expresarla de forma interpersonalmente aceptable, en la capacidad de desarrollar respeto los derechos de los demás en el trato cotidiano, en desarrollar flexibilidad cognitiva para resolver problemas, en la capacidad de aprender de las consecuencias de su conducta y desechar conductas criminales.

Las perseveraciones en la prueba de “fluidez verbal o generación de verbos” predijo la pobre respuesta al tratamiento en cuanto “compromiso al tratamiento” del CRRT, esto nos muestra que el déficit en la capacidad de reproducir de forma fluida y dentro de un margen reducido de tiempo la mayor cantidad de verbos, limita el mejoramiento en la consolidación de la creación de la necesidad de buscar apoyo, en el desarrollo de la capacidad de introspección y reconocimiento de problemas, reconocimiento de la necesidad de apoyo terapéutico, en búsqueda y aceptación de apoyo social y el establecimiento de metas terapéuticas.

El mayor número de movimientos realizados en la prueba “torre de Hanoi” con tres fichas predijo la pobre respuesta al tratamiento en el “compromiso al tratamiento” y “responsividad” del CRRT, esto muestra que los déficits en la capacidad de anticipar de forma secuenciada acciones tanto en orden progresivo como regresivo (planeación secuencial) limita la mejoría de habilidades como sería crear la necesidad de buscar apoyo, en la capacidad de introspección y reconocimiento de problemas, reconocimiento de la necesidad de apoyo terapéutico, en búsqueda y aceptación de apoyo social y el establecimiento de metas terapéuticas. Así como el desarrollo de la empatía e involucramiento afectivo, en la capacidad de reconocer conductas problemáticas, en la capacidad de establecer objetivos reales y alcanzables y poner en marcha las habilidades necesarias, también limita la capacidad de manejar la ira en forma racional y expresarla de forma adecuada, en la capacidad de desarrollar respeto los derechos de los demás en el trato cotidiano, en desarrollar flexibilidad cognitiva para la resolución de problemas, en la capacidad de aprender de las consecuencias de su conducta y desechar conductas criminales.

El mayor tiempo realizado en la ejecución de la prueba “torre de Hanoi” con tres y cuatro fichas predijo la pobre respuesta al tratamiento en las categorías de “compromiso” y “responsividad” al tratamiento.

Las pruebas neuropsicológicas y su capacidad de predicción de respuesta al tratamiento ante a “Escala de Riesgo de Violencia” (HCR-20) mostraron lo siguiente:

Con respecto a las pruebas asociadas a las funciones que dependen principalmente de la corteza prefrontal anterior, el mayor tiempo del desempeño en la prueba “comprensión y selección de refranes”, predijo la pobre respuesta al tratamiento en la categoría de “gestión de riesgo o afrontamiento de situaciones de riesgo” del HCR-20. Nos muestra que los déficits en la capacidad para comprender, comparar y seleccionar respuestas con sentido figurado limita la adquisición de habilidades para el desarrollo de planes apropiados de afrontamiento de situaciones de riesgo (Hilterman & Pueyo, 2005).

En relación a las pruebas asociadas a la función de la memoria de trabajo que dependen de la corteza dorso-lateral, se observó que las perseveraciones en la prueba “señalamiento auto-dirigido” predijo la pobre respuesta al tratamiento en el puntaje subtotal de la categoría “ítems clínicos” del HCR-20. Esto muestra que el déficit en la capacidad para utilizar la memoria de trabajo viso-espacial limita la adquisición de habilidades para la modificación y mejoría de factores clínicos que pueden ser relevantes para estimar la violencia potencial (Hilterman & Pueyo, 2005).

En relación a las pruebas asociadas a las funciones ejecutivas que dependen fundamentalmente de la corteza dorso-lateral, el menor promedio de animales en la prueba “generación de clasificaciones semánticas” predijo la pobre respuesta al tratamiento en la categoría de “gestión de riesgo o afrontamiento de situaciones de riesgo” del HCR-20. Nos muestra que el déficit en la capacidad en la producción de grupos semánticos y de actitud abstracta espontánea limita la adquisición de habilidades para el desarrollo de planes apropiados de afrontamiento de situaciones de riesgo (Hilterman & Pueyo, 2005).

Los principales hallazgos del presente estudio sugieren que, para caracterizar adecuadamente, evaluar y diagnosticar a poblaciones con problemas serios de control conductual y emocional o con psicopatología asociada a violencia se requieren modelos neuropsicológicos extensos, comprensivos, sensibles y específicos. Dichos modelos requieren contar con un amplio repertorio de tareas neuropsicológicas que abarque la gama de las funciones ejecutivas y sus correlatos cerebrales, principalmente de las áreas frontales (Flores y Ostrosky, 2008; Jódar-Vicente, 2004; Lopera, 2008 y Riggs, et al, 2009). Una ventaja adicional de esta perspectiva es que se pueden evitar sesgos derivados de evaluaciones limitadas por el número reducido de tareas.

DISCUSIÓN GENERAL

Si bien los hallazgos de esta investigación, en general, han coincidido con los antecedentes de cada estudio se aportan hallazgos que contribuyen a afirmar que la población penitenciaria violenta presenta más indicadores psicosociales y clínicos de la violencia con mayor frecuencia e intensidad, mismos que representan en efecto, mayor riesgo de reincidencia violenta (Arce, et al., 2010; Baker, et al., 2008; Smith, et al., 2006; Ross & Fontao, 2007 y Smith & Waterman, 2006).

El estudio también permitió comparar entre un grupo de internos violentos sin tratamiento y uno con tratamiento lo que aporta procedimientos desarrollados ad hoc, a confirmar a la técnica cognitivo-conductual como eficaz en el manejo y mejoría clínica del riesgo de violencia en población penitenciaria. Este hallazgo documenta propuestas previas (Allen, et al., 2001; Beck & Fernández, 1998; Devon, et al., 2005; Henderson, 1986; Joy Toy, et al., 2006; Lipsey, et al., 2007; Mullin & Simpson, 2007; Polaschek et al., 2005; Redondo, et al., 2000, 2003; Ross, et al., 1988; Tyson, 2002).

El haber conformado un grupo control (sin tratamiento) permitió evaluar la eficacia del tratamiento y evitar o reducir de modo importante que en el tercer estudio los resultados pudieran atribuirse a

una intervención deficiente o limitada o a cambios asociados sólo con el paso del tiempo.

Los hallazgos del tercer estudio confirman el papel predictor de las funciones ejecutivas en los efectos del tratamiento (Riggs, et al, 2006), especialmente con la población en custodia penitenciaria (Fishbein y Shepard, 2002, 2006, 2009). Esta conclusión refuerza la necesidad de revalorar en dimensiones más inclusivas y ajustadas a las condiciones neuro-cognitivas de las personas que tienen dificultades en el auto-control emocional y conductual que se someten a procesos de intervención. Así, el énfasis se hace sobre la importancia de diseñar intervenciones que integren la habilitación o rehabilitación de habilidades neuro-cognitivas de orden superior asociadas a las funciones ejecutivas (Fishbein y Shepard, 2006, 2009).

REFERENCIAS

- Allen L., MacKenzie D. y Hickman L. (2001). The Effectiveness of cognitive behavioral treatment for adult offenders: A methodological, quality-based review. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 45(4), 498-514.
- Anderson, V., Jacobs, R. y Anderson, P. (2008). *Executive Functions and the Frontal Lobes, A Lifespan Perspective*. New York: Taylor & Francis.
- Andrews, D. A., Bonta, J. y Hoge, R. D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 19-52.
- Avery-Leaf, S., Cascardi, M., O'Leary, K. y Cano, A. (1997). Efficacy of a dating violence prevention program on attitudes justifying aggression. *Journal of Adolescent Health*. 21(1), 11-17.
- Baddeley, A. (1986). *Working memory*. Oxford: Oxford University Press.
- Baddeley, A. (2000). The episodic Buffer: A new component of working memory? *Trends in cognitive Sciences*, 4, 417-423.
- Badgaiyan, R. y Posner, M. (1997). Time course activations in implicit and explicit recall. *Journal of Neuroscience*, 17, 4904-4913.
- Baker, M., Van Hasselt, V., y Sellers, A. (2008). Validation of the Novaco Anger Scale in an Incarcerated Offender Population. *Criminal Justice and Behavior*; 35; 741-754. DOI: 10.1177/0093854808316275
- Barkley, R. (1997). Behavioral Inhibition, sustained attention and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65-94.
- Barratt, E.S., Stanford, M.S., Kent, T.A., Felthous, A., (1997). Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression. *Biological Psychiatry* 41, 1045-1061.
- Barratt, E.S., Stanford M.S., Kent, T.A., Dowdy L., Liebman M.J. (1999). Impulsive and premeditated aggression: a factor analysis of self-reported acts. *Psychiatry Research*, 86, 163-173.
- Bechara, A., Damasio, H., y Damasio, A. R. (2000). Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. *Cerebral Cortex*, 10, 295-307.
- Beck, R. y Fernandez, F. (1998). Cognitive-Behavioral therapy in the treatment of anger: A meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 22(1), 63-74
- Blair, R. y Cipolotti. (2000). Impaired social response reversal, A case of "acquired sociopathy". *Brain*, 123, 1122-1141.
- Brower, M. y Price, B. (2001). Neuropsychiatry of frontal lobe dysfunction in violent and criminal behaviour: A critical review. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 71, 720-726
- Burgess, P. (1997). *Theory and methodology in executive functions research*. En P. Rabbit. (Ed.), *Methodology of frontal and executive function* (pp. 81-111). London: Psychology Press.

- Burgess, P. (2000). Strategy application disorder: the role of the frontal lobes in human multitasking. *Psychological Research*, 63(3-4), 279-288.
- Cicerone, K., Dahlberg, C., Malec, J., Langenbahn, D., Felicetti, T., et al. (2005). Evidence- Based Cognitive Rehabilitation: Updated Review of the Literature From 1998 Through 2002. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation*, 86, 1681-92.
- Chen, A., Porjesz, B., Rangaswamy, M., Kamarajan, Ch, Tang, Y., Jones, A., Chorlian, A., Stimus, A. y Begleiter, H. (2007) Reduced Frontal Lobe Activity in Subjects With High Impulsivity and Alcoholism. *Alcohol Clinical & Experimental Research*, 31(1), 156-165.
- Cools, R., Blackwell, A., Clark, L., Menzies, L., Cox S. y Robbins, T. (2005). Tryptophan depletion disrupts the motivational guidance of goal-directed behavior as a function of trait Impulsivity. *Neuropsychopharmacology*, 30, 1362-1373
- Cortón, F., Nunes K. y Latendresse M. (2006). *An Examination of the Effectiveness of the Violence Prevention Program*. Correctional Service of Canada. Pp. 1-34.
- Christodoulou, M. (2012). Locked up and at risk of dementia. *The Lancet Neurology*, 11(9), 750-751. doi: 10.1016/S1474-4422(12)70195-3
- Critchley, H. (2005). Neural Mechanisms of Autonomic, Affective and Cognitive Integration. *The Journal of Comparative Neurology*, 493, 154-166.
- Damasio, A. (1998). The somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex. En A.C. Roberts, T.W. Robbins & L. Weiskrantz (Eds.) *The frontal cortex: Executive and cognitive functions*. New York: Oxford University Press.
- Devon, L, Polaschek, R. y Collie, M. (2004). Rehabilitating serious violent adult offenders: an empirical and theoretical stocktake. *Psychology, Crime & Law*, 10(3), 321-334.
<http://www.informaworld.com/smpp/title%7Econtent=t713647155%7Edb=all%7Etab=issueslist%7Ebranches=10>.
- Devon, L., Polaschek, D., Wilson N., Townsend, M. y Daly, L. (2005). Cognitive-Behavioral rehabilitation for high-risk violent offenders, an outcome evaluation of the violence prevention unit. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(12), 1611-1627.
- Elliot, R., Dolan, R. y Frith, C. (2000). Dissociable functions in the medial and lateral orbitofrontal cortex: Evidence from human neuroimaging studies. *Cerebral Cortex*, 10, 308-317.
- Eluvathingal, T., Chugani, H., Behen, M., Juha, C., Muzik, O., Maqbool, M. Chugani, D.C. y Makki, M. (2006). Abnormal brain connectivity in children after early severe socioemotional deprivation: A diffusion tensor imaging study. *Pediatrics*, 117(6) 2093-2100.
- Enns, R., Reddon, J., Das, J. y Boukos, H. (2007). Measuring Executive Function Deficits in Male Delinquents Using the Cognitive Assessment System. *Journal of Offender Rehabilitation*, 44(4), 43-63. doi:10.1300/J076v44n04_04

- Fabian, J. M., (2010). Neuropsychological and neurological correlates in violent and homicidal offenders: A legal and neuroscience perspective. *Aggression and Violent Behavior*, 15,209-223. doi:10.1016/j.avb.2009.12.004
- Fishbein, D., Sheppard , M., Hyde, C., Hubal, R., Newlin, D., Serin, R., Chrousos, G., Alesci, S. (2009). Deficits in Behavioral Inhibition Predict Treatment Engagement in Prison Inmates. *Law & Human Behavior*, 33, 419-435. doi: 10.1007/s10979-008-9163-7
- Fishbein, D. y Sheppard M. (2002). Assesing the role of neuropsychological fuctioning in inmates treatment response. *Transdisciplinary Behavioral Science Program*. RTI international. Pp.1.
- Flores, J., Ostrosky, F. y Lozano, A. (2008). Batería de Funciones Frontales y Ejecutivas: Presentación. *Revista de Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(1), 141-158.
- Forbes, D., Hawthorne, G., Elliot, P., McHugh, T., Biddle, D., Creamer, M. y Novaco, R. (2004). A concise measure of anger in combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 17(3).
- Friendship, C., Blud L., Erikson M., Travers R. y Thornton D. (2003). Cognitive-behavioural treatment for imprisoned offenders: An evaluation of HM prison service's cognitive skills programmes. *Legal and Criminological Psychology*, 8, 103-114.
- Gatzke-Kopp, L.M., Raine, R.A., Buchsbaum, M. y LaCasse, L. (2001). Temporal Lobe Deficits in Murderers: EEG Findings Undetected by PET. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 13, 486-491.
- Giancola, P. (2008). Neuropsychological Functioning and Antisocial Behavior: Implications for Etiology and Prevention. En D. Fishbein (Ed.) *The Science, Treatment, and Prevention of Antisocial Behaviors: Applications to the Criminal Justice System* (pp. 1-28). Pittsburgh; Western Psychiatric Institute and Clinic. Department of Psychiatry. University of Pittsburgh School of Medicine.
- Giancola, P., Josephs, R., Dewall, C., y Gunn, R. (2009), Applying the Attention-Allocation Model to the Explanation of Alcohol-Related Aggression: Implications for Prevention. *Substance Use & Misuse*, 44, 1263-1279. doi: 10.1080/10826080902960049
- Gil-Verona, Pastor J., De Paz F., Barbosa M., Macías J.A., Maniega M., Rami-González, Boget T. y Picornell, I. (2002). Psicobiología de las conductas agresivas. *Anales de psicología*, 18(2), 293-303.
- Goldman-Rakic, M., (1984). The frontal lobe: Uncharted provinces of the brain. *Trends in Neuroscience*, 7, 425-429.
- Goldberg, E. (2002). *El cerebro ejecutivo*. Barcelona: Crítica Drakontos.
- Goldberg, E. (2006). *La paradoja de la sabiduría*. Barcelona: Crítica Drakontos.
- Godlaski, T. y Giancola, G. (2009). Introduction to the Special Issue of Substance Use and Misuse On Substance Misuse and Aggression. *Substance Use & Misuse*, 44, 1183-1187. doi: 10.1080/10826080903206798

- Hanson, K. (2000). *Risk Assessment*. Oregon: ATSA, Association for the Treatment of Sexual Abusers. (First in a series of ATSA Informational Packages). Recuperado de <http://www.atsa.com/sites/default/files/InfoPack-Risk.pdf>
- Hanson, R. y Bussière M. (1998). Predicting Relapse: A meta-Analysis of Sexual Offender Recidivism Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 348-362.
- Harris, Rice, y Cormier.(2002). Prospective Replication of the Violence Risk, Appraisal Guide in Predicting Violent Recidivism Among Forensic Patients. *Law and Human Behavior*, 26(4).
- Hazlett, E., New, S., Newmark, R., Haznedar, M., et al. (2000). Reduced Anterior and Posterior Cingulate Gray Matter in Borderline Personality Disorder. *Biological Psychiatry*, 58, 614-623.
- Heimsa, H., Critchley B,, Dolan R., Mathias B. y Cipolotti, L. (2004). Social and motivational functioning is not critically dependent on feedback of autonomic responses: Neuropsychological evidence from patients with pure autonomic failure. *Neuropsychologia*, 42, 1979-1988.
- Henderson, M. (1986). An Empirical typology of violent incidents reported by prison inmates with convictions for violence. *Aggressive behavior*, 12, 21-32
- Herrero, O., Escorial S., Colom, R., (2010). Basic executive processes in incarcerated offenders. *Personality and Individual Differences*, 48, 133-137.
doi:10.1016/j.paid.2009.09.009
- Hilterman, E., Pueyo, A., A. (2005). *HCR-20 Guía para la Valoración del Riesgo de Comportamientos Violentos*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Hoaken, P.N., Allaby, D. B. y Earle J. (2007). Executive Cognitive Functioning and the Recognition of Facial Expressions of Emotion in Incarcerated Violent Offenders, Non-Violent Offenders, and Controls. *Aggressive Behavior*. 33, 412-421.
- Hommel, B. (2003). Planning and Representing Intentional Action. *The scientific world journal*, 3, 593-608.
- Hoppenbrouwers, S. S., De Jesus, D. R., Stirpe, T., Fitzgerald P. B., Voineskos, A. N., Schutter, D. J., Daskalakis, Z. J. (2013). Inhibitory deficits in the dorsolateral prefrontal cortex in psychopathic offenders. *Cortex*, 9(4), 1377 - 1385
- Jurado, M. y Junqué, C. (1996). Psychopathy and neuropsychology of the prefrontal cortex. *Actas Luso Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 24(3),148-55.
- Kemshall, H. (2001). *Risk Assessment and Management of Known Sexual and Violent Offenders: A review of current issues, Home Office Policing and Reducing Crime Unit Research*. Development and Statistics Directorate Clive House, Petty France London, SW1H 9HD.
- Kronenberger, W., Mathews, W.P., Dunn, D.W., Wang, Y., Wood, E.A., Giauque, A.L. Larsen, J.J., Rembusch, M.E., Lowe, M.J. y Tie-Qiang Li, (2005). Media Violence Exposure and Executive Functioning in Aggressive and Control

- Adolescents. Indiana University School of Medicine. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 725-737.
- Jódar-Vicente, M. (2004). Funciones cognitivas del lóbulo frontal. *Revista de Neurología*, 39, 178-182.
- Joy Tong, L. y Farrington, D. (2006). How effective is the "Reasoning and Rehabilitation" programme in reducing reoffending? A meta-analysis of evaluations in four countries *Psychology, Crime & Law*.
<http://www.informaworld.com/smpp/title%7Econtent=t713647155%7Edb=all%7Etab=issueslist%7Ebranches=12-v1212>, (1), January pp. 3 - 24. doi: 10.1080/10683160512331316253
- Junqué C. y Barroso J., (1994). *Neuropsicología*. Madrid: Síntesis, 344-399.
- Kemshall, H. (2001). *Risk Assessment and Management of Known Sexual and Violent Offenders: A review of current issues*. Home Office Policing and Reducing Crime Unit Research, Development and Statistics Directorate Clive House, Petty France London, SW1H 9HD.
- Koechlin, E., Corrado, G., Pietrini, P. y Grafman, J. (2000). Dissociating the role of the medial and lateral anterior prefrontal cortex in human planning. *Proceedings of the National Academy of Science, USA*, 97, 7651-7656.
- Koechlin, E., Basso, G., Pietrini, P., Panzer, S. y Grafman, J. (1999). The role of the anterior prefrontal cortex in human cognition. *Nature*, 399, 148-151.
- Kubrin y Stewart. (2006). Predicting who reoffends: The neglected role of neighborhood context in recidivism studies, *Criminology*, 44(1), 165-197.
- Landenberger, A. y Lipsey M. (2005). The Positive Effects of Cognitive-Behavioral Programs for Offenders: A Meta-Analysis of Factors Associated with Effective Treatment. *Journal of Experimental Criminology*, 5, 20-25.
- Langstrom, N. y Grann, N. (2002). Psychopathy and violent recidivism among young criminal offenders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(Suppl. 412), 86-92.
- Lezak, M.D. (1982). The problem of assessing executive functions. *International Journal of Psychology*, 17, 281-297.
- Lezak, M. (1987). Relationship between personality disorders, social disturbances and physical disability following traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma & Rehabilitation*, 2, 57-69.
- Lipsey, M. (1999). Can intervention rehabilitate serious delinquents? *Annals of the American Academy of Political & Social Science*, 564, 142-166.
- Lipsey, M., Chapman, G. y Landenberger, N. (2001). Cognitive-Behavioral Programs for Offenders, *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 578(1), 144-157.
- Lipsey, M., Landenberger, N. y Wilson, S. (2007). *Effects of cognitive-behavioral programs for criminal offenders*. Campbell Systematic Reviews. doi 10.4073/csr.2007.6.
- Lopera, R., (2008), Funciones Ejecutivas: Aspectos Clínicos. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(1), 59-76.

- Lösel, F. (2000). *Effective correctional programming: What empirical research tells us and what it doesn't*. Department of Psychology, University of Erlangen-Nürnberg. Recuperado de http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/forum/special/spe_k_e.pdf
- Lozano, et al, (1998). *Análisis de la magnitud y costos de la violencia en la Ciudad de México*. Banco Interamericano de desarrollo oficina del economista. Jefatura de la Red de Centros de Investigación (Documento de trabajo) R-331. Pp. 1.
- Luria, R. (1986). *Lenguaje y pensamiento*. México D.F.: Fontamara.
- Marceau, R., Meghani, R. y Reddon, R. (2008). Neuropsychological assessment of adult offenders. *Journal of offender rehabilitation*, 47(1/2), 41-73.
- Megani, Azaola, E. y Bergman M., (2009), *Tercera Encuesta a Población en Reclusión en el D.F. y el Edo. De México*. (versión Adobe Digital Editions). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10089/16345>
- Megani, Azaola, E. y Bergman M., (2006), *Segunda encuesta a población en reclusión en el D.F. y el Edo. De México*. (2006). (versión Adobe Digital Editions).
- Mesulam, M. M. (1985). *Principles of behavioral neurology*. Philadelphia: FA Davis.
- Mesulam, M. M. (2002). Overview of human frontal lobes, En: D.T. S. and R.T. K., editors. *Principles of frontal lobe functions*. Oxford: Oxford University Press, 8-30.
- McGuire, J. y Hatcher, R. (2000). Offense-Focused problem solving: preliminary evaluation of cognitive skills program. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 44(4), 498-514.
- Mcmurran, M. (1999). Dual Diagnosis of Mental Disorder and substance Misuse. *National Programme on Forensic Mental Health Research and Development*. Recuperado de <http://www.dualdiagnosis.co.uk/uploads/documents/originals/Expert%20paper.pdf>
- McSherry, M. (Julio, 2004). Risk Assessment by Mental Health Professionals and the Prevention of Future Violent Behaviour. *Trends & Issues in Crime and Criminal Justice*, 28, 1-6. Recuperado de http://www.aic.gov.au/media_library/publications/tandi_pdf/tandi281.pdf
- Miller, E. K., y Cohen, J. D. (2001). An integrative theory of prefrontal cortex function. *Annual Review of Neuroscience*, 24, 67-202.
- Minzenberg, Grossman, New, Mitropoulou, Yehuda, Goodman, Reynolds, Silverman, Coccaro, Marcus, y Siever. (2006). Blunted Hormone Responses to Ipsapirone are Associated with Trait Impulsivity in Personality Disorder Patients, *Neuropsychopharmacology*, 31, 197-203.
- Mullin, S., Simpson, J. (2007). Does executive functioning predict improvement in study with implications for rehabilitation. *Legal and Criminological Psychology*, 12, 117-131.

- Muñoz J., Navas E. y Fernández S. (2003). Evidencias de Alteraciones Cerebrales, Cognitivas y Emocionales en los Psicópatas. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*. 3(3). pp. 59-84. Recuperado de <http://151.236.42.157/pdf/2003/2003art16.pdf>
- Norman, D. A. y Shallice, T. (1986). Attention to action: Willed and automatic control of behavior. In R. J. Davison, G. E. Schwartz, & D. Shapiro (Eds.) *Consciousness and self-regulation*, New York: Plenum Press.
- Novaco, R. W. (1994). Anger as a risk factor for violence. In J. Monahan & H. J. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (pp. 21-59). Chicago: University of Chicago Press.
- Oquendo, Kronic, Parsey, Milak, Malone, Anderson, Heertum & Mann. (2005). Positron Emission Tomography of Regional Brain Metabolic Responses to a Serotonergic Challenge in Major Depressive Disorder with and without Borderline Personality Disorder. *Neuropsychopharmacology*, 30, 1163-1172
- Oliveira-Souza, Hare, Bramati, Garrido, Ignácio, Tovar-Moll y Jorge Moll. (2008). Psychopathy as a disorder of the moral brain: Fronto-temporo-limbic grey matter reductions demonstrated by voxel-based morphometry. *NeuroImage*, 40, 1202-1213.
- Ongur, D., Ferry, A. T., y Price, J. L. (2003). Architectonic subdivision of the human orbital and medial prefrontal cortex. *Journal of Comparative Neurology*, 460, 425-449.
- Ostrosky, F., Borja, K., Romero C. y Díaz K. (2012). Neuropsychological profiles of members of organized crime and drug-traffic organizations. *Research and Reports in Forensic Medical Science*, 2, 19-30.
- Peterson, C.K., Shackman, A.J. y Harmon-Jones, E. (2007). The role of asymmetrical frontal cortical activity in Agresión, *Psychophysiology*, 44, 1-7.
- Polaschek, D., Wilson N. y Townsend M. (2005). Cognitive-Behavioral Rehabilitation for High-Risk Violent Offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 20,(12). p1611-1627.
- Prisgrove, P. (2000). *A relapse prevention approach to reducing aggressive behaviour: Serious Violent Offenders: Sentencing, Psychiatry and Law Reform*. Western Australian Department of Corrective Services, 179-191
- Pridmore, Chambers y McArthur. (2005). Neuroimaging in psychopathy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 856-865.
- Pietrini, P., Guazzelli, M., Basso, G., Jaffe, K. y Grafman, J., (2000). Neural Correlates of Imaginal Aggressive Behavior Assessed by Positron Emission Tomography in Healthy Subjects. *American Journal of Psychiatry*; 157, 1772-1781.
- Porporino, F. J., y Fabiano, E. A. (2000). *Theory manual for reasoning and rehabilitation* (revised). Ottawa: T3 Associates.
- Quintanar, R. (1995). *La formación de las funciones psicológicas durante el desarrollo del niño*. Tlaxcala: UAT.

- Ralph, B. (2004). *Strategies to improve treatment of violent offenders*. Ottawa: Correctional Research and Development, Correctional Service of Canada.
- Raine, A., Buchsbaum, M. y LaCasse, L. (1997). Brain abnormalities in murderers indicated by PET. *Biological Psychiatry*, 42, 495-508.
- Raine, A., Dodge, K., Loeber, R., Gatzke-Kopp, L., Lynam, D., Reynolds, C., y Stouthamer-Loeber, M. (2006). *The reactive-proactive aggression questionnaire: differential correlates of reactive and proactive aggression in adolescent boys*. *Aggressive Behavior*. 32(2). pp. 159-171. doi: 10.1002/ab.20115.
- Raine, Lencz, Yaralian, Bihrlé, LaCasse, Ventura, y Colletti. (2002). Prefrontal Structural and Functional Deficits in Schizotypal Personality Disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 28(3), 501-513.
- Rains, G. (2004). *Principios de Neuropsicología Humana*. México: McGrawHill.
- Raynor, P. y Vanstone, M. (1996). Reasoning and rehabilitation in Britain: The results of the Straight Thinking on Probation (STOP) programme. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 40, 272-284.
- Richard, E. (2006). Redding, the brain-disordered defendant: neuroscience and legal insanity in the twenty-first century. *American University Law Review*, 56(1), 51-126.
- Redondo, I.S. (2000). *Psicología Penitenciaria Aplicada: Los Programas de Rehabilitación en Europa*. Ponencia en las I Jornadas de Tratamiento Penitenciario (Peñiscola). Barcelona.
- Redondo, I. S., Sánchez-Meca, J. y Garrido, G. V. (2001). Treatment of offenders and recidivism: assessment of the effectiveness of programmes applied in Europe. *Psychology in Spain*, 5(1), 47-62.
- Robinson, D. (1995). *The impact of cognitive skills training on post release recidivism among offenders*. Canadian Research Branch. Ottawa, Canada: Correctional Service, Canada, 41.
- Rolls, E. T. (2000). The orbitofrontal cortex and reward. *Cerebral Cortex*, 10, 284-294.
- Ross, E., Hoaken, P., (2011). *Executive Cognitive Functioning Abilities of Male First Time and Return Canadian Federal Inmates*. Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice. October, 377-403. Doi:10.3138/cjccj.53.4.377.
- Ross, R. y Fabiano, E. (1985). *Time to think: A Cognitive Model of Delinquency Prevention and Offender Rehabilitation*. Johnson City, Tennessee: Institute of Social Sciences and Arts.
- Ross, R.R., Fabiano, E.A. y Ewles, C.D. (1988). Reasoning and rehabilitation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 32(1), 29-35.
- Rossby, P. (2003). *Serotonin Deficit and Impulsive Violence, Does Your Case Fit?* Washington, D.C.: National Legal Aid & Defender Association Cornerstone.
- Ross, T., Fontao, M., (2007). Brief Report Self-regulation in violent and non-violent offenders: a preliminary report. *Criminal Behaviour and Mental Health*. 17, 171-178.

- Schiffer, B., Peschel, T., Gizewski, E., Forsting M., Leygraf N., Schedlowski, M. y Krueger, T. (2006). Structural brain abnormalities in the frontostriatal system and cerebellum in pedophilia. *Journal of Psychiatric Research*, 30, 30-35.
- Shallice, T. (2001). "Theory of mind" and the prefrontal cortex. *Brain*, 124, 247-248.
- Sholberg, M. y Mateer, C. (1989). *Introduction to Cognitive Rehabilitation, Theory and Practice*. New York: The Guilford Press.
- Slachevsky, A. Ch., Pérez J. C.,¹ Silva C. C., Orellana, G., Prenafeta, M.L., Alegria, P. y Peña G. M., (2005), Prefrontal cortex and behavioral disorders: Theoretical framework and neuropsychological evaluation *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 43(2), 109-121.
- Tyson, L. C., (2002). *Correccional program integrity and treatment effectiveness: A multi-site, program-level análisis*. Tesis doctoral inédita, University of Cincinnati. Division of research and advanced studies.
- Smith, P., Waterman M., (2006). Self-Reported Aggression and Impulsivity in Forensic and Non-Forensic Populations: The Role of Gender and Experience. *Journal of Family Violence*, 21, 425-437. DOI 10.1007/s10896-006-9039-x
- Tirapu-Ustárrroz, J., García-Molina, A., Luna-Lario, P., Roig-Rovira, Y., Pelegrín-Valero, C. (2008). Modelos de funciones y control ejecutivo (I). *Revista de Neurología*, 46(11), 684-692.
- Tirapu-Ustárrroz, J., García-Molina, A., Luna-Lario, P., Roig-Rovira, Y., Pelegrín-Valero, C. (2008). Modelos de funciones y control ejecutivo (II). *Revista de Neurología*, 46, (12): 742-750
- Urbaniok, F., Rossegger, A. y Endrass, E. (2006). Can high-risk offenders be reliably identified? A follow-up study on dangerous offenders in Switzerland released from prison for legal reasons. *Swiss Medical Weekly*, 136, 761-768.
- Valencia M., Rojas E., Gonzalez C., Ramos L., Villatoro J. (1989). Evaluación del funcionamiento social en pacientes de un centro de salud. *Salud Pública de México*, 31, 674-687.
- Van Voorhis, P., Cullen, F. y Applegate, B. (1995). Evaluating interventions with violent offenders. *Federal Probation*, 50, 17-27.
- Volavka, J. (1999). The Neurobiology of Violence: An Update. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 11, 307-314.
- Webster, C. D., Eaves, D., Douglas, K. S., y Witrup, A. (1995). *The HCR-20 scheme: The assessment of dangerousness and risk*. Vancouver: Simon Fraser University and British Columbia Forensic Psychiatric Services Commission.
- Wenner, C.J., Bianchi, J., Figueredo, A.J., Rushton, J.P., Jacobs, W. (2013). Life History theory and social deviance: The mediating role of Executive Function. *Intelligence*, 41, 102-113
- Wood, R.L. y Lioffi, C. (2006). Neuropsychological and Neurobehavioral Correlates of Aggression Following Traumatic Brain Injury. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 18, 333-341.

- Yang, S., Kadouri, A., Révah-Lévy, A., Mulvey, E. P. & Falissard, B. (2009). Doing time: A qualitative study of long-term incarceration and the impact of mental illness. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(5), 294-303. doi: 10.1016/j.ijlp.2009.06.003
- Yechiam, E., Kanz, J., Bechara, A., Stout, J., Busemeyer, J., Altmaier, E. y Paulsen, J. (2008). Neurocognitive deficits related to poor decision making in people behind bars. *Psychonomic Bulletin & Review*, 15(1), 44-51.
- Zelazo, P., Craik, F., y Booth, L. (2004). Executive functions across the lifespan. *Acta Psychologica*, 115, 167-183.

ANEXO 1

DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL TOTAL DE RESULTADOS

En este anexo se integran y describen los resultados con datos globales, incluyen los no significativos estadísticamente.

RESULTADOS
ESTUDIO 2

Un instrumento adicional clínico usado para evaluar el impacto al tratamiento fue la “Escala de *Compromiso-Responsividad y Mejoría por el Tratamiento*” (Tabla 12). También se utilizó la prueba **t** para grupos independientes para establecer la probabilidad asociada a las diferencias entre promedios de las mediciones pre-post tratamiento. En el marco del área que evalúa el “Compromiso al Tratamiento”.

En el factor “reconocimiento de problemas” el grupo con tratamiento mostró una diferencia pre-post de 1.2 (DE=1.2), mientras que el grupo sin tratamiento 0.4 (DE=1.2), diferencia estadísticamente significativa ($p<0.02^*$). En el factor de “beneficios de un macro-tratamiento, se observó en el grupo con tratamiento diferencias pre-post de 0.7 (DE=0.9) y en el grupo sin tratamiento de -0.09 (DE=0.8), diferencia significativa entre ambas mediciones ($p<0.002^*$).

En el factor de beneficios de un micro-tratamiento, el grupo que recibió el tratamiento obtuvo un puntaje promedio en las mediciones pre-post de 0.2(DE=1.4), mientras que el grupo sin tratamiento obtuvo -0.4(DE=1) resultando con diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos (0.04^*); en el factor “distress derivado de la terapia”, el grupo con tratamiento tuvo un promedio en las diferencias pre-post tratamiento de 0.3(DE=1.2), en el grupo sin tratamiento fue de -0.5(1.2), lo anterior se reflejó en diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (0.01^*).

En el factor “metas terapéuticas” en el grupo con tratamiento tuvo una diferencia en las mediciones pre-post tratamiento con una media de 0.08 (DE=0.9) mientras que el grupo sin tratamiento tuvo -0.02 (DE=0.9), sin que estas diferencias sean estadísticamente significativas (0.1); en el factor “conducta previa a la terapia” el grupo con

tratamiento tuvo una diferencia en las mediciones pre-post tratamiento con una media de 0.2 (DE=1) y el grupo sin tratamiento tuvo -0.1 (DE=1), sin que estas diferencias sean estadísticamente significativas (0.13).

En el factor “congruencia conductual” el grupo con tratamiento tuvo una diferencia en las mediciones pre-post tratamiento con una media de -0.12 (DE=1.1) y el grupo sin tratamiento -0.6 (DE=1.2), estas diferencias no fueron estadísticamente significativas o lo fueron sólo marginalmente (0.07); con respecto al factor “apoyo externo en la terapia” el grupo con tratamiento tuvo una diferencia en las mediciones pre-post tratamiento con una media de 0.3 (DE=0.7), mientras que el grupo sin tratamiento tuvo -0.2 (DE=0.9), siendo la diferencia entre ambos grupos estadísticamente significativa (0.005*); el total del área de “compromiso al tratamiento”, el grupo con tratamiento tuvo diferencias en los puntajes pre-post un promedio de 3.7 (DE=1), mientras que el grupo sin tratamiento tuvo -1.2 (1), estas diferencias fueron estadísticamente significativas (< 0.0001*).

Con respecto al área que evalúa la “responsividad al tratamiento”, en el factor “insensibilidad” el grupo con tratamiento tuvo una diferencia en las mediciones pre-post tratamiento con una media de 0.16 (DE=0.8) y el grupo sin tratamiento tuvo -0.3 (1.1), las diferencias entre ambos grupos no tuvieron diferencias estadísticamente significativas (0.06*); el factor “negación” en el grupo con tratamiento tuvo una diferencia en las mediciones pre-post tratamiento con una media de 1 (DE=1.1) y el grupo sin tratamiento 0.0 (DE=1.6), resultando ambos puntajes con diferencias estadísticamente significativos (0.008*).

En el factor “aplazamiento” el grupo con tratamiento tuvo una diferencia en las mediciones pre-post tratamiento con una media de 0.16 (DE=0.8), mientras que el grupo sin tratamiento obtuvo 0.04 (DE=0.7), resultando estas diferencias sin significancia estadística (0.3); en el factor “intimidación” el grupo con tratamiento obtuvo la media de 0.13 (DE=1) y el grupo sin tratamiento obtuvo 0.6 (1.2), las diferencias no fueron estadísticamente significativas o lo fueron marginalmente (0.07).

En lo correspondiente al factor “poder y control” el grupo con tratamiento tuvo una diferencia en las mediciones pre-post tratamiento con una media de 0.5 (DE=1.2) y el grupo sin tratamiento -0.6 (DE=0.6), resultando con una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos (0.000*); en el factor “inflexibilidad” el grupo con tratamiento tuvo una diferencia en las mediciones pre-post tratamiento con una media de 0.6 (DE=0.2) y el grupo sin tratamiento -0.13 (0.2), resultando la diferencia de las medias de ambos grupos con diferencias estadísticamente significativas (0.01*); en el factor “victimización”, el grupo con tratamiento tuvo una diferencia en las mediciones pre-post tratamiento con una media de 0.8 (DE=0.2) y el grupo sin tratamiento -0.09 (DE=0.2) y las diferencias entre ambos grupos resultaron estadísticamente significativas (0.008*).

El factor “actitud procriminal” el grupo con tratamiento tuvo una diferencia en las mediciones pre-post tratamiento con una media de 0.08 (DE=1.1); mientras que el grupo sin tratamiento -0.5 (DE=0.7), lo que resultó en una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos (0.02*). El puntaje de las diferencias promedios en las mediciones pre-postest total del área “responsividad” para el grupo con tratamiento fue de 3.7 (DE=1) y para el grupo sin tratamiento de -1.2 (DE=1) lo que se reflejó en diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos (0.000*).

Tabla 12

PRUEBA T DE GRUPOS INDEPENDIENTES MEDICIONES PRETEST- POSTEST				
ESCALA DE COMPROMISO, RESPONSABILIDAD Y GANANCIA AL TRATAMIENTO DE SERIN				
Diferencia en puntajes entre grupo con y sin tratamiento antes y después del tratamiento N=46				
POBLACIÓN		CON TRATAMIENTO	SIN TRATAMIENTO	SIGN. T
N		24	22	
		MEDIA (DE)	MEDIA (DE)	
COMPROMISO	RECONOCIMIENTO DE PROBLEMAS	1.2 (1.2)	0.4 (1.2)	0.02*
	BENEFICIOS DE UN MACRO-TRATAMIENTO	0.7 (0.9)	-0.09 (0.8)	0.002*
	BENEFICIOS DE UNA MICRO-TERAPIA	0.2(1.4)	-0.4(1)	0.04*
	DISTRESS DERIVADO DE LA TERAPIA	0.3(1.2)	-0.5(1.2)	0.01*
	METAS TERAPEUTICAS	0.08 (0.9)	-0.02 (0.9)	0.13
	CONDUCTA PREVIA A LA	0.2 (1)	-0.1 (1)	0.13

	TERAPIA			
	CONGRUENCIA CONDUCTUAL	-0.12 (1.1)	-0.6 (1.2)	0.07
	APOYO EXTERNO EN LA TERAPIA	0.3 (0.7)	-0.2 (0.9)	0.005*
	TOTAL COMPROMISO	2.6(5.4)	-2.6 (4.1)	0.0003*
RESPONSIVIDAD	INSENSIBILIDAD	0.16(0.8)	-0.3(1.1)	0.06
	NEGACIÓN	1(1.1)	0.0 (1.6)	0.008*
	APLAZAMIENTO	0.16(0.8)	0.04 (0.7)	0.3
	INTIMIDACIÓN	0.13 (1)	0.6(1.2)	0.07
	PODER Y CONTROL	0.5 (1.2)	-0.6 (0.6)	0.0007*
	INFLEXIBILIDAD	0.6 (0.2)	-0.13 (0.2)	0.01*
	VICTIMIZACIÓN	0.8 (0.2)	-0.09 (0.2)	0.008*
	ACTITUD PROCRIMINAL	0.08 (1.1)	-0.5 (0.7)	0.02*
	TOTAL RESPONSABILIDAD	3.7(1)	-1.2 (1)	0.0009*

Con objeto de evaluar el impacto del tratamiento mediante la comparación de los dos grupos (con y sin tratamiento), se utilizó la “Escala de Riesgo de Comportamientos Violentos” (Tabla 13). Debido a que los Factores de riesgo históricos o estáticos no son modificables, únicamente fueron evaluados transversalmente antes del tratamiento para observar si las condiciones psicosociales de ambos grupos eran similares, el grupo con tratamiento tuvo en promedio un puntaje de 11.8, mientras que el grupo sin tratamiento tuvo 10.5 y no tuvieron diferencia con significancia estadística (0.14). Los siguientes dos factores (clínicos y los reactivos de riesgo), por factor y posteriormente de manera global, fueron evaluados longitudinalmente, antes y después de la intervención y se promediaron las diferencias en cada grupo (con y sin tratamiento).

En los factores de riesgo clínicos, el grupo con tratamiento tuvo una diferencia en las mediciones pre-post tratamiento con una media de -0.4 (DE=1.9), mientras que el grupo sin tratamiento obtuvo 0.8 (DE=1.5), las diferencias en ambos grupos fue estadísticamente significativa (0.01*); en cuanto los reactivos de riesgo, el grupo con tratamiento tuvo una diferencia en las mediciones pre-post tratamiento con una media de -1.1 (DE=2) y el grupo sin tratamiento 0.7 (DE=1), las diferencias entre ambos grupos también fue estadísticamente significativa (0.00*). Finalmente, las diferencias en las mediciones pre-post en el puntaje global de esta escala para el grupo con tratamiento

fue de -1.7 (3.9) y para el grupo sin tratamiento de 1.9 (DE=2.1), las diferencias entre ambos grupos fue estadísticamente significativa ($<0.0001^*$).

Tabla 13

ESCALA DE RIESGO DE COMPORTAMIENTOS VIOLENTOS DE HILTERMAN Y PUEYO			
Diferencia en puntajes antes y después entre grupo con y sin tratamiento			
POBLACIÓN PENITENCIARIA	CON TRATAMIENTO	SIN TRATAMIENTO	SIGN. T
N	24	22	
FACTORES DE RIESGO	MEDIA (DE)	MEDIA (DE)	
RIESGO HISTÓRICO (MEDICIÓN TRANSVERSAL PRE-TRATAMIENTO)	11.8	10.5	0.14
RIESGO CLÍNICO	-0.4 (1.9)	0.8 (1.5)	0.01*
ITEMS DE RIESGO	-1.1 (2)	0.7 (1)	0.000*
PUNTAJE GLOBAL	-1.7 (3.9)	1.9 (2.1)	0.000*

También se llevó a cabo la prueba T de student para grupos relacionados en función de las mediciones pre-post tratamiento unicamente de los internos que recibieron el tratamiento (N=24).

Con respecto a la escala de “agresión proactiva-reactiva” de Raine (Tabla 14), en el área específica de “agresión proactiva” el grupo de internos que recibieron el tratamiento (n=24) tuvo una media en el puntaje pre-test de 7.7, y media en el puntaje pos-test de 3.3 con una media en la diferencia de -4.4, resultando estadísticamente significativa ($p<0.000^*$); en el área de “agresión reactiva”, tuvieron una media en el puntaje pre de 12.4 y en el post de 9.2 con una diferencia entre ambas mediciones promedio de -3.2 también resultó estadísticamente significativa (0.004^*); en el puntaje global obtuvieron un puntaje promedio en la fase pre de 20 y en la post de 12, con una media en la diferencia de -7.5, de tal forma que la diferencia fue estadísticamente significativa.

Tabla 14

ESCALA DE AGRESIÓN PROACTIVA-REACTIVA DE RAINE				
Diferencia en puntajes antes y después del tratamiento				
N	24			SIGN. T
	Media pre	Media post	Media dif.	
AGRESIÓN PROACTIVA	7.7	3.3	-4.4	<.0001*
AGRESIÓN REACTIVA	12.4	9.2	-3.2	0.004*
PUNTAJE GLOBAL	20	12	-7.5	0.0003*

En la escala de *Reacción a la provocación* de Novaco (tabla 15), en el “dominio cognitivo”, los internos en el factor “foco atencional” tuvieron un puntaje promedio de la evaluación pretratamiento(tx) de 10 y en la medición postratamiento de 9, con una diferencia entre ambas mediciones promedio de -1.2, lo que resultó estadísticamente significativo (0.003*). En el factor “rumiación” los internos tuvieron un puntaje promedio pre-tratamiento de 7.5, en la medición pos-tx de 6.8 y la diferencia entre ambas mediciones fue en promedio de -0.08, sin que la diferencia fuera estadísticamente significativa (0.07); en el factor “actitud hostil” tuvieron un puntaje promedio en la fase pre-tratamiento de 7 y en la fase postratamiento 6.5, con una diferencia entre ambas mediciones de -0.4 sin que esta diferencia sea estadísticamente significativa (0.2). En el factor “susplicacia” el puntaje promedio pre-tratamiento que obtuvieron fue de 10, mientras que en la fase postratamiento de 8.8 con una media de diferencia de -1.4, resultando estadísticamente significativa (0.008*); el puntaje promedio total del “dominio cognitivo” en la fase pre-tratamiento fue de 35 y en la fase postratamiento de 31, teniendo una media de diferencia de -3.9, lo que estadísticamente fue significativo (0.002*).

En el dominio *actividad fisiológica*, dentro del factor “intensidad” los internos tuvieron un puntaje promedio en la evaluación pre-tratamiento de 8.5 y en la medición postratamiento de 7.6, la diferencia fue una media de -0.9, resultando en una diferencia estadísticamente significativa (0.01*); en el factor “duración” tuvieron un puntaje promedio de la evaluación pre-tratamiento de 8 y en la medición postratamiento de 6.5, con una diferencia entre ambas mediciones en

promedio de -1.4, resultando en una diferencia estadísticamente significativa (0.006*).

En el factor “tensión/actividad” tuvieron un puntaje promedio de la evaluación pre-tratamiento de 6.5 y en la medición postratamiento de 6, la diferencia fue una media de -0.5, sin que exista diferencia estadísticamente significativa (0.1); en el factor “irritabilidad” tuvieron un puntaje promedio de la evaluación pre-tratamiento de 7.3 y en la medición postratamiento de 6.8 en donde tuvieron una diferencia promedio de -0.5, sin que exista diferencia estadísticamente significativa (0.2); el puntaje promedio total del “dominio actividad fisiológica” en la fase pre-tratamiento fue de 30.5 y en la fase postratamiento de 27, teniendo una media de diferencia de -3.3, lo que estadísticamente fue significativo (0.007*).

En el “dominio conductual”, dentro del factor “reacción impulsiva” los internos tuvieron un puntaje promedio de la evaluación pre-tratamiento de 8.1 y en la medición postratamiento de 6.9, la diferencia fue una media de -1.3, resultando en una diferencia estadísticamente significativa (0.01*); en el factor “agresión verbal” tuvieron un puntaje promedio de la evaluación pre-tratamiento de 7.2 y en la medición postratamiento de 6.5, con una diferencia entre ambas mediciones en promedio de -0.75, sin que resultaran estadísticamente significativa (0.09); en el factor “confrontación física” tuvieron un puntaje promedio de la evaluación pre-tratamiento de 9.3 y en la medición postratamiento de 7.6, la diferencia fue una media de -1.7, y estadísticamente fue significativa (0.00*).

En el factor “expresión indirecta” tuvieron un puntaje promedio de la evaluación pre-tratamiento de 5.3 y en la medición postratamiento de 5 en donde tuvieron una diferencia promedio de -0.25, sin que exista diferencia estadísticamente significativa (0.2); el puntaje promedio total del “dominio conductual” en la fase pre-tratamiento fue de 30 y en la fase postratamiento de 26, teniendo una media de diferencia de -3.9, lo que estadísticamente fue significativo (0.003*).

En la parte “B” de la escala *grado de enojo ante provocación*, en el factor “boicoteador del tratamiento”, los internos tuvieron un puntaje

promedio en la evaluación pre-tratamiento de 14.4 y en la medición postratamiento de 12, la diferencia fue una media de -2, resultando en una diferencia estadísticamente significativa (0.006*); en el factor “injusticia” tuvieron un puntaje promedio de la evaluación pre-tratamiento de 16.8 y en la medición postratamiento de 13.9, con una diferencia entre ambas mediciones en promedio de -3, resultando estadísticamente significativa (0.000*).

En el factor “frustración-interrupción” tuvieron un puntaje promedio de la evaluación pre-tratamiento de 15 y en la medición postratamiento de 12, la diferencia fue una media de -3.3, y estadísticamente fue significativa ($p < 0.001^*$); en el factor “rasgos de molestia” tuvieron un puntaje promedio de la evaluación pre-tratamiento de 14.8 y en la medición postratamiento de 11.3 en donde hubo una diferencia promedio de -3.4, diferencia estadísticamente significativa (0.004*); en el factor “irritaciones” tuvieron un puntaje promedio de la evaluación pre-tratamiento de 12.8 y en la medición postratamiento de 12, con una diferencia entre ambas mediciones en promedio de -0.7, diferencia que no fue estadísticamente significativa (0.3); el puntaje promedio total de la parte “B”, en la fase pre-tratamiento fue de 74 y en la fase postratamiento de 61, teniendo una media de diferencia de **-13**, lo que estadísticamente fue significativo (0.00*).

Tabla 15

REACCIÓN A LA PROVOCACIÓN: PRUEBA t					
Diferencia en puntajes antes y después del tratamiento					
N		24			p
FACTOR		Media pre	Media post	Dif. Medias	
DOMINIO COGNITIVO	FOCO ATENCIONAL	10	9	-1.2	0.003*
	RUMIACIÓN	7.5	6.8	-0.8	0.07
	ACTITUD HOSTIL	7	6.5	-0.4	0.2
	SUSPICACIA	10	8.8	-1.4	0.008*
	TOTAL DOMINIO COGNITIVO	35	31	-3.9	0.002*
DOMINIO ACTIVACIÓN					
DOMINIO ACTIVACIÓN	INTENSIDAD	8.5	7.6	-0.9	0.01*
	DURACIÓN	8	6.5	-1.4	0.006*
	TENSIÓN/ ACTIVIDAD	6.5	6	-0.5	0.1
	IRRITABILIDAD	7.3	6.8	-0.5	0.2
	TOTAL DOMINIO ACTIVACIÓN	30.5	27	-3.3	0.007*

DOMINIO CONDUCTUAL	REACCIÓN IMPULSIVA	8.1	6.9	-1.3	0.01*
	AGRESIÓN VERBAL	7.2	6.5	-0.75	0.09
	CONFRONTACIÓN FÍSICA	9.3	7.6	-1.7	0.00*
	EXPRESIÓN INDIRECTA	5.3	5	-0.25	0.2
	TOTAL DOMINIO CONDUCTUAL	30	26	-3.9	0.003*
PARTE "B"	BOICOTEADOR DEL TRATAMIENTO	14.4	12	-2	0.006*
	INJUSTICIA	16.8	13.9	-3	0.000*
	FRUSTRACIÓN/INTERRUPCIÓN	15	12	-3.3	<.0001*
	RASGOS DE MOLESTIA	14.8	11.3	-3.4	0.004*
	IRRITACIONES	12.8	12	-0.7	0.3
	TOTAL PARTE "B" NIVEL DE ENOJO	74	61	-13	0.000*

En la escala *"compromiso, responsividad y ganancia por el tratamiento"* de Serin (tablas 16 y 17), en el área "compromiso", particularmente en el factor *"reconocimiento de problemas"*, los internos mostraron un puntaje promedio pre-tratamiento de 1 y postratamiento de 2.4, con una diferencia entre ambas mediciones promedio de 1.2, la cual resultó estadísticamente significativa ($p < .0001^*$). En el factor "beneficios de un macro-tratamiento" los internos tuvieron un puntaje promedio pretratamiento de 1.2, y postratamiento de 1.9 con diferencia entre ambos de 0.7, lo que resultó estadísticamente significativa ($p < 0.001^*$).

En el factor "beneficios de una micro-terapia" mostraron un puntaje promedio pre-tratamiento de 1.8 y postratamiento de 2, con una diferencia entre ambas mediciones de 0.3 no significativa ($p < 0.3$). En el factor "distress derivado de la terapia" el puntaje promedio pre-tratamiento fue de 1.8 y postratamiento de 2 con diferencia de 0.3, no significativa ($p < 0.2$). En el factor "metas terapéuticas" el puntaje promedio pre-tratamiento fue de 1.4, y en postratamiento de 1.5 con diferencia de 0.8, no significativa ($p < 0.6$).

En el factor "conducta previa a la terapia" el puntaje promedio pre-tratamiento fue de 1.4, y postratamiento de 1.5 con diferencia de 0.8, no significativa ($p < 0.7$). En el factor "congruencia conductual" el puntaje promedio pre-tratamiento fue de 1.8, y en postratamiento de 1.5 con diferencia de 0.3, no significativa ($p < 0.16$). En el factor "apoyo externo

en la terapia" el puntaje promediopre-tratamiento fue de 1.2, y en postratamiento 1.6 con diferencia de 0.3, estadísticamente significativa ($p<.02^*$).El puntaje promedio total del área "compromiso" en pre-tratamiento fue de 11.6 y postratamiento de 14.2, con diferencia de 2.7, estadísticamente significativa ($p<0.02^*$).

En lo correspondiente al área de "*responsividad*", particularmente el factor "insensibilidad", los internos obtuvieron un puntaje promedio de la evaluación pre-tratamiento de 1.8 y en postratamiento de 1.8, con diferencia de sólo 8 centésimas, no significativa ($p<0.6$). En el factor "negación" los internos tuvieron un puntaje promedio pre-tratamiento de 1.3, en postratamiento de 2.3 con diferencia de 1, estadísticamente significativa ($p<0.01^*$).En el factor "aplazamiento" mostraron un puntaje promedio pre-tratamiento de 1.5 y en la fase postratamiento 1.6, con diferencia de 0.08, no significativa ($p<0.6$). En el factor "intimidación" el puntaje promedio pre-tratamiento fue de 1.04, y en postratamiento de 1.6 con diferencia de 0.6, estadísticamente significativa ($p<0.01^*$). En el factor "poder y control" el puntaje promedio pre-tratamiento fue de 1.3, mientras que en postratamiento de 1.8 con diferencia de 0.5, apenas marginalmente significativa (<0.09).

En el factor "inflexibilidad" el puntaje promedio pre-tratamiento fue de 0.8, mientras que en postratamiento de 1.4 con diferencia de 0.6, estadísticamente significativa ($p<0.01^*$). En el factor "victimización" el puntaje promedio pre-tratamiento fue de 1.3, mientras que en postratamiento de 2.1, diferencia de 0.8, estadísticamente significativa ($p<0.01^*$).En el factor "actitud procriminal" el puntaje promedio pre-tratamiento fue de 1.1, y en la fase postratamiento de 1.2 con diferencia de 0.08, no significativa ($p<0.7$). El puntaje promedio total del área "responsividad" en pre-tratamiento fue de 10 y en postratamiento de 14, con diferencia de 3.9, estadísticamente significativa ($p<0.001^*$).

Finalmente, en lo correspondiente al área "*mejoría y respuesta al tratamiento*" (tabla 17), particularmente en el factor "evidencia de habilidades adquiridas", los internos mostraron un puntaje promediopre-tratamiento de 1.7 y en postratamiento de 1.7, con una

diferencia entre ambas mediciones promedio de sólo 8 centésimas, sin significancia estadística ($p < 0.5$). En el factor “manejo de la información en el tratamiento” los internos tuvieron un puntaje promedio pre-tratamiento de 2, en la medición postratamiento de 1.5, diferencia de -0.5, estadísticamente significativa ($p < 0.02^*$). En el factor “aplicación del conocimiento” mostraron un puntaje promedio pre-tratamiento de 1 y en postratamiento de 1.3, con diferencia de 0.02 no significativa ($p < 0.2$). En el factor “aplicación de habilidades” el puntaje promedio pre-tratamiento fue de 1.1, y en postratamiento de 1.3 con diferencia de 0.16, no significativa ($p < 0.3$). En el factor “grado de involucramiento emocional al contenido del programa” el puntaje promedio pre-tratamiento fue de 1.9, y postratamiento de 1.6 con diferencia de -0.3, no significativa ($p < 0.12$). En el factor “comportamiento apropiado en grupo” el puntaje promedio pre-tratamiento fue de 0.8, y en postratamiento de 2 con diferencia de -0.2, no significativa ($p < 0.13$). En el factor “participación” el puntaje promedio pre-tratamiento fue de 1.9, y postratamiento de 1.8 con diferencia de -0.16, no significativa ($p < 0.16$). En el factor “alianza terapéutica” el puntaje promedio pre-tratamiento fue de 2.1, y en el postratamiento de 1.7 con diferencia de -0.3, estadísticamente significativa ($p < 0.04^*$). El puntaje promedio total de la categoría “mejoría” en la fase pre-tratamiento fue de 14 y en postratamiento de 12, con diferencia de -0.3, no significativa ($p < 0.1$).

Tabla 16

PRUEBA “t” PARA GRUPOS RELACIONADOS MEDICIONES PRE-POS-TEST N=24					
ESCALA DE COMPROMISO, RESPONSABILIDAD Y GANANCIA AL TRATAMIENTO DE SERIN					
Diferencia en puntajes antes y después del tratamiento					
N		24			p<
		Media pre	Media post	Diferencia	
COMPROMISO	RECONOCIMIENTO DE PROBLEMAS	1	2.4	1.2	.0001*
	BENEFICIOS DE UN MACRO-TRATAMIENTO	1.2	1.9	0.7	0.001*
	BENEFICIOS DE UNA MICRO-TERAPIA	1.8	2	0.3	0.3
	DISTRESS DERIVADO DE LA TERAPIA	1.8	2	0.3	0.2713
	METAS TERAPEUTICAS	1.4	1.5	0.08	0.67
	CONDUCTA PREVIA A LA TERAPIA	1.4	1.5	0.08	0.7
	CONGRUENCIA CONDUCTUAL	1.8	1.5	-0.3	0.16
	APOYO EXTERNO EN LA TERAPIA	1.2	1.6	0.3	0.02*
	TOTAL COMPROMISO	11.6	14.2	2.7	0.02*

RESPONSIVIDAD	INSENSIBILIDAD	1.8	1.8	0.08	0.6274
	NEGACIÓN	1.3	2.3	1	0.0002*
	APLAZAMIENTO	1.5	1.6	0.08	0.6473
	INTIMIDACIÓN	1.04	1.6	0.6	0.0156*
	PODER Y CONTROL	1.3	1.8	0.5	0.0938
	INFLEXIBILIDAD	0.8	1.4	0.6	0.008*
	VICTIMIZACIÓN	1.3	2.1	0.8	0.009*
	ACTITUD PROCRIMINAL	1.1	1.2	0.08	0.7140
	TOTAL RESPONSABILIDAD	10	14	3.9	0.001*

Tabla 17

ESCALA DE COMPROMISO, RESPONSABILIDAD Y GANANCIA AL TRATAMIENTO DE SERIN					
Diferencia en puntajes antes y después del tratamiento					
N		24			p<
		Media pre	Media post	Media dif.	
MEJORÍA Y RESPUESTA	EVIDENCIA DE HABILIDADES ADQUIRIDAS DEL PROGRAMA	1.7	1.7	0.08	0.5
	MANEJO DE LA INFORMACIÓN EN EL TRATAMIENTO	2	1.5	-0.5	0.02*
	APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO	1	1.3	0.2	0.2
	APLICACIÓN DE HABILIDADES	1.1	1.3	0.16	0.3277
	GRADO DEL INVOLUCRAMIENTO EMOCIONAL AL CONTENIDO DEL PROGRAMA	1.9	1.6	-0.3	0.12
	COMPORTAMIENTO APROPIADO EN GRUPO	2	1.9	-0.2	0.1345
	PARTICIPACIÓN	1.9	1.8	-0.16	0.1617
	ALIANZA TERAPÉUTICA	2.1	1.7	-0.3	0.04*
	TOTAL MEJORÍA	14	12	-0.3	0.1037

ANEXO 2: INSTRUMENTOS

ESCALA DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE COMPORTAMIENTOS VIOLENTOS HCR-20		
Nombre:		
Edad:		Escolaridad:
Ítems históricos		Código (0,1,2)
H1	Violencia previa	
H2	Edad del primer incidente violento	
H3	Relaciones inestables de pareja	
H4	Problemas relacionados con el empleo	
H5	Problemas con el consumo de sustancias adictivas	
H6	Trastorno mental grave	
H7	Psicopatía	
H8	Desajuste juvenil	
H9	Trastorno de personalidad	
H10	Incumplimientos de supervisión	
Total ítems históricos		
Ítems clínicos		Código (0,1,2)
C1	Carencia de introspección	
C2	Actitudes negativas	
C3	Presencia actual de síntomas de trastorno mental grave	
C4	Impulsividad	
C5	No responde al tratamiento	
total ítems clínicos		
Ítems de gestión de riesgo in____ out____		Código (0,1,2)
R1	Ausencia de planes de futuro viables	
R2	Exposición a factores desestabilizantes	
R3	Carencia de apoyo social	
R4	Incumplimiento a los tratamientos prescritos	
R5	Alto nivel de estrés experimentado	
Total ítems de afrontamiento de situaciones de riesgo		

0	1	2
---	---	---

1. Locuacidad / Encanto superficial.
2. Egocentrismo / Sensación grandiosa de autovalía.
3. Necesidad de estimulación / Tendencia al aburrimiento.
4. Mentira patológica.
5. Dirección / Manipulación.
6. Falta de remordimiento y culpabilidad.
7. Escasa profundidad de los afectos.
8. Insensibilidad / Falta de empatía.
9. Estilo de vida parásito.
10. Falta de control conductual.
11. Conducta sexual promiscua.
12. Problemas de conducta precoces.
13. Falta de metas realistas a largo plazo.
14. Impulsividad.
15. Irresponsabilidad.
16. Incapacidad para aceptar la responsabilidad de las propias acciones.
17. Varias relaciones maritales breves.
18. Delincuencia juvenil.
19. Revocación de la libertad condicional.
20. Versatilidad criminal.

CUESTIONARIO PARA EVALUAR LOS REACTIVOS DE LA ESCALA DE PSICOPATÍA

Instrucciones

El papel de la entrevista es la evaluación PCL-R escrito en el Manual Técnico y en el libro de clasificaciones. Los entrevistadores podrán elegir, usar y desarrollar sus

propias entrevistas semiestructuradas a fin de obtener la información necesaria para realizar la evaluación PCL-R. Cuando utilice esta guía de entrevista, use las preguntas en orden numérico. Sin embargo, podrá variar la redacción de las preguntas con el fin de establecer y mantener una relación con el individuo, o adaptar dicha redacción al contexto particular de las respuestas. Las preguntas en paréntesis rectangulares [] están diseñadas para sondear al individuo. Están hechas para provocar al individuo de modo que de más información. Evite que las respuestas sean cortas y simples (sí, no). En general, las respuestas simples de “sí” y “no” deben llevar una explicación adicional. Las preguntas del programa no son exhaustivas, así que siéntase libre para obtener cualquier información adicional que puede ser útil para obtener cualquier información adicional que puede ser útil para evaluar al individuo.

Estado actual (si esta en relación).

1. ¿Desde cuándo está usted aquí? ¿Por qué razón?
2. ¿Cuáles han sido sus actividades? ¿Qué hace actualmente? ¿Trabaja? ¿Tiene comisión? ¿Ha tomado cursos? ¿Tiene otras actividades?
3. ¿Ha tenido problemas? ¿Ha tenido problemas con otros internos? ¿Ha tenido problemas con personal del reclusorio? ¿Ha pasado a consejo? ¿Ha tenido castigos? (modulo, etc.)

Historia escolar.

Empecemos con su nivel escolar. Las preguntas que voy a hacerle se refieren a usted cuando era niño, es decir, 12 años o menos.

4. ¿Le gustaba ir a la escuela de niño? ¿Qué cosas no le gustaban?
5. ¿Cómo le hubiesen descrito sus maestros?
6. ¿Cómo era su asistencia en la escuela? ¿Faltaba? ¿Por qué? ¿si se iba de pinta, a donde iba? ¿Qué le hacía querer faltar? ¿A que edad comenzó a irse de pinta?
7. ¿Reprobó algún año? ¿Por qué reprobó?
8. ¿Era un niño problemático en la escuela? ¿Qué tipo de cosas hacía? ¿era molesto en clase?

9. ¿Tuvo peleas a golpes en la escuela? ¿Por qué? ¿A qué edad? ¿Se peleó con personas más jóvenes o mayores que usted?
10. ¿Le llamaban “gandalla” en la escuela? ¿Por qué? ¿Lo era?
11. ¿Llegó a lastimar seriamente a alguien cuando era niño? ¿Cuándo ocurrió? ¿Qué sucedió?
12. ¿Alguna vez vio a un Psicólogo o consejero a causa de sus problemas de comportamiento? (De niño, en la escuela) ¿Por qué?
13. ¿Alguna vez le suspendieron? ¿Cuántas veces? ¿Por qué?
14. ¿Alguna vez le expulsaron? ¿Cuántas veces? ¿Por qué?

(Hasta aquí las preguntas de la infancia)
15. ¿Terminó la prepa? (Si la respuesta es no, pregunte) ¿Por qué dejó la escuela? ¿Hasta qué año curso? ¿qué tan importante es para usted graduarse?
16. ¿Ha hecho estudios de actualización? ¿Dónde? ¿Cómo?
17. ¿Ha tomado cursos técnicos o de orientación vocacional? ¿Dónde? ¿Quién pago dichos cursos?

Experiencia laboral

Voy a hacerle preguntas sobre su experiencia de trabajo

18. ¿Ha realizado algún trabajo voluntario? ¿Qué ha hecho? (Si la respuesta es no, pregunte:) ¿Está interesado en realizar algún trabajo voluntario? ¿De qué tipo?
19. ¿Qué clase de trabajo ha realizado? o ¿En qué ha trabajado?
20. ¿Cuántos empleos ha tenido? ¿En qué empleo ha durado más tiempo? ¿En cuál menos? ¿Por qué causa dejó dichos empleos?
21. ¿Cómo describirían sus jefes su trabajo? ¿Cómo describe usted a sus jefes?
22. ¿Ha renunciado alguna vez? ¿Por qué? ¿Le dijo a su jefe los motivos de su renuncia?

23. ¿Qué tan a menudo llegaba tarde al trabajo? ¿Por qué? ¿Qué sucedía en esas ocasiones?
24. ¿Alguna vez faltó a su trabajo diciendo que estaba enfermo? ¿Por qué?
25. ¿Alguna vez tomo drogas o alcohol en el trabajo? ¿alguna vez fue a trabajar borracho o drogado?
26. ¿Alguna vez tuvo problemas con el trabajo por no obedecer las normas y regulaciones?, ¿qué hizo?, ¿por qué? (detalles)
27. ¿Alguna vez dejó un trabajo porque supo que le iban a despedir?
28. ¿Alguna vez dejó un trabajo sin tener otro ya arreglado?, ¿por qué?
29. ¿Ha estado desempleado? ¿por qué?. A partir de los 18 años, ¿cuánto tiempo ha estado desempleado (meses o años)?
30. ¿Cómo se ha mantenido en los periodos de desempleo?
31. ¿Ha estado en el programa de “Seguro de desempleo” (D. F.)?, ¿Cuándo?, ¿cuánto tiempo?, ¿ha cobrado el seguro sin cumplir los requisitos?
32. ¿Ha recibido asistencia social?, ¿cuándo?, ¿cuánto tiempo?, ¿la ha recibido sin cumplir los requisitos?
33. ¿Ha dependido de alguien en cuanto a vivienda, dinero o alimentos?, ¿cuándo?, ¿por qué?, ¿cuánto tiempo?
34. ¿Alguna vez ha dependido (económicamente) de actividades ilícitas?. Detalles, ¿cuánto tiempo?

OBJETIVOS LABORALES

35. ¿Hay alguna ocupación o trabajo que le gustaría realizar?, ¿desde hace cuanto desea realizar dicha actividad?, ¿ha planeado o se ha preparado para ello?, ¿qué tipo de preparación necesita para ese trabajo?
36. ¿Tener trabajo es importante para usted?, ¿Por qué?
37. ¿Cuáles son sus objetivos a largo plazo?, ¿Qué le gustaría estar haciendo dentro de 5 o 10 años?

38. ¿Cree que tendrá problemas para alcanzar sus objetivos?, ¿cree que sus antecedentes penales serán un obstáculo para alcanzar sus objetivos?, ¿por qué?

ASPECTO ECONÓMICO

39. ¿Ha tenido problemas de dinero?, ¿Tiene deudas importantes?

40. ¿Qué tan a menudo ha recibido ayuda económica de sus padres, abuelos o amigos?, ¿para qué necesita el dinero?, ¿pagó lo que le prestaron?

41. ¿Ha recibido alguna vez un préstamo bancario?, ¿pagó dicho préstamo?

42. ¿Cuántas veces ha quedado a deber dinero y no ha pagado?, ¿qué sucedió?

43. ¿Ha tenido tarjetas de crédito?, ¿alguna vez tuvo problemas con los pagos a dichas tarjetas?

44. ¿Alguna vez se ha atrasado en el pago de renta, teléfono, luz o gas?

SALUD

45. ¿Consultó en su niñez algún profesional en salud mental?, ¿por qué razón?, ¿le dieron algún diagnóstico?, ¿le recomendaron algún tipo de tratamiento?, ¿cree usted que necesitaba dicha terapia recomendada?

46. De adulto, ¿ha consultado a algún profesional en salud mental?, ¿por qué razón?, ¿le dieron algún diagnóstico?, ¿le recomendaron algún tratamiento?, ¿cree usted necesario dicho tratamiento?

47. ¿Ha participado en algún programa terapéutico en el reclusorio?, ¿en algún otro lugar?, ¿dónde y con quién?, ¿terminó el tratamiento?, ¿cuál es su opinión respecto a las personas que impartieron el programa?

48. ¿Alguna vez se ha intentado suicidar?, ¿cuántas veces?, ¿por qué?, ¿fueron intentos reales o tuvo alguna otra razón para realizar dicho intento?

HISTORIA FAMILIAR

49. ¿Fue usted criado con sus padres biológicos?, ¿quién tuvo la responsabilidad en su crianza?
50. ¿Cuántos hermanos (hombres y mujeres) tiene usted?, ¿vivió con ellos?, ¿alguna vez amenazó o golpeó a sus hermanos?
51. ¿Cómo fue su relación con los padres (o tutores)?,
52. ¿cómo fue su vida en la etapa de crecimiento? (¿cómo la describe?)
53. De niño (12 años o menos):
- a) ¿se metió en problemas por no obedecer las reglas?
 - b) ¿huyó de casa?, ¿por cuánto tiempo?
 - c) ¿Mentía seguido a sus padres?
 - d) ¿Robó a sus padres o familiares?
 - e) ¿trató mal a sus padres/tutores?
54. ¿Cómo era su comportamiento comparado con sus hermanos(as)?
55. ¿Tuvo que ser llevado de casa debido a problemas en la escuela o en el hogar?, ¿cuántos años tenía?. Detalles.
56. ¿Fue abusado emocional, física o sexualmente?, ¿por quién?, ¿qué pasó?
57. ¿Cómo es su relación actual con sus padres?, ¿qué tan seguido está en contacto con ellos?, ¿le gustaría que aumentara su relación con ellos?, ¿cómo se encuentran sus padres actualmente?
58. ¿Cómo es su relación con sus hermanos actualmente?, ¿dónde viven?, ¿a qué se dedican?, ¿cómo les va?
59. ¿Alguna vez ha apoyado a sus padres o hermanos en situaciones difíciles?

AMISTADES/RELACIONES ÍNTIMAS

60. ¿Tiene amigos cercanos actualmente?, ¿cuántos?, ¿qué hace a una persona ser “amigo cercano”?

61. ¿Quién es la persona más cercana a usted actualmente?, ¿porqué es importante para usted esa persona?, ¿cómo se sentiría si no pudiera ver más a esa persona?

62. ¿A qué edad comenzó a salir con chicas?

63. ¿Qué le atrae de una pareja?

64. ¿Ha tenido alguna relación marital con una mujer o con un hombre?, ¿cuántas de estas relaciones ha tenido?, si es un número alto, pregunte: ¿por qué ha tenido tantas mujeres?

65. Para las 3 relaciones más duraderas y para la relación más reciente, pregunte: ¿qué tan cercano a ellas era usted?, ¿aún continua alguna relación?, ¿cuánto tiempo duró la relación?, ¿por qué terminó la relación?, ¿cuánto tiempo le tomó superar el fin de esa relación?, ¿amaba a su pareja o sólo era una atracción física?, ¿qué le gustaba de su pareja?, ¿qué no le gustaba?, ¿peleaban a menudo?, ¿alguna vez abusó físicamente de su pareja?

a)

b)

c)

d)

66. a) ¿alguna vez engañó a su pareja?, ¿se lo dijo?, ¿cuál fue su reacción?, (si la respuesta es no, pregunte: ¿Qué piensa acerca del engaño a la pareja?).

b) ¿ha sido engañado por su pareja?, ¿qué sintió?, ¿qué hizo?

67. ¿Se ha enamorado profundamente de alguien?, ¿qué cree usted que es el amor?

68. ¿A qué edad inició su vida sexual?, ¿fue una pareja estable o fue algo casual?

69. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?, (¿cuántas de un solo encuentro?, ¿cuántas ocasionales?)

70. ¿Ha tenido hijos o hijastros?, ¿cómo se llaman?, diga sus fechas de nacimiento, ¿dónde se encuentran actualmente?, ¿tiene contacto con ellos?, ¿qué tan seguido tiene contacto con ellos?. A parte del periodo de reclusión, ¿cuál ha sido el periodo más largo que ha tenido sin ver a sus hijos?, ¿qué estaba haciendo?, ¿les extrañó?

71. ¿Alguna vez le han exigido dinero para el mantenimiento de sus hijos?, ¿cómo se sintió?, ¿alguna vez dejó de aportar dinero?

ABUSO DE SUSTANCIAS/COMPORTAMIENTOS IMPULSIVOS

72. ¿a qué edad empezó a beber alcohol?, ¿qué tan seguido y cuánto bebía?

73. ¿A qué edad empezó a utilizar drogas?, ¿qué drogas ha probado?, ¿por qué se droga?

74. ¿Se considera adicto a alguna droga?, ¿su consumo es diario?, ¿qué es lo que le gusta de esa droga?, ¿qué es lo que no le gusta de esa droga?, ¿su consumo afecta su vida en alguna manera?, ¿planea dejar de consumirla?

75. ¿Ha utilizado drogas (incluyendo alcohol) en el reclusorio?

76. ¿Alguna vez ha hecho algo peligroso o se ha metido en problemas debido al consumo de drogas (incluyendo alcohol), ¿ha manejado bajo los influjos de alguna droga o alcohol?, ¿en qué circunstancias?, ¿cuántas veces?.

77. ¿Le gusta conducir a alta velocidad?, ¿ha sido detenido por la policía por conducir a alta velocidad o de forma imprudente?

78. ¿Qué tan seguido se aburre?, ¿qué le aburre más?, ¿qué hace cuando está aburrido?

79. ¿Le gusta arriesgarse? (de ejemplos de situaciones de riesgos)

80. ¿Qué hace cuando esta de ocioso?

81. Si tiene que tomar una decisión, ¿cuánto tiempo valora los pros y contras?, (¿qué sucede si es una decisión importante?)

MANEJO (CONTROL) DE IRA/EMOCIONES

82. ¿Se enoja con facilidad?, ¿qué hace cuando se enoja?, ¿cuándo fue la última vez que se enojó seriamente?, ¿qué hizo?, ¿cuánto le lleva calmarse?

83. ¿Alguien le ha dicho que usted tiene mal carácter?, ¿por qué lo dijo?

84. A partir de los 18 años. ¿Qué tan a menudo ha participado en peleas (golpes)?, ¿es bueno peleando?, ¿quién inicia las peleas?

85. ¿Alguna vez ha perdido el control?, ¿cuál ha sido el mayor daño físico que le ha causado a alguien?, ¿cómo se sintió después?, ¿qué recuerda de dicho evento?

86. ¿Alguna vez a tratado de controlar a otras personas por medio de amenazas físicas o verbales?

87. ¿Es usted de fuerte carácter? [¿Le han dicho que usted no se preocupa por lo que los demás sienten?]

88. ¿Alguna vez a fingido estar triste o disgustado solo porque alguien espera eso de usted? [Para obtener de los otros lo que usted desea]

89. ¿Ha lastimado algún animal a propósito? ¿Accidentalmente? ¿Qué hizo? ¿Por qué? ¿Cómo se sintió?

Comportamiento antisocial

90. A qué edad se inicio en actividades criminales? ¿En qué tipo de cosas se involucro?

91. ¿Tuvo problemas con la policía antes de los 12 años?

92. ¿Fue arrestado entre los 13 y 19 años?

93. Revizando su historial criminal (en la adolescencia) ¿Cuántas veces fue acosado/arrestado? ¿Por qué causas?

94. ¿Ha sido arrestado después de los 18 años? ¿Cuántas veces fue acusado/arrestado? ¿Por qué causas?

95. En la etapa adulta, ¿Cometió algún crimen sin que le atraparan? ¿Qué hizo?

96. ¿Cree usted que la(s) sentencia(s) que le han impuesto han sido justas/leves/duras? ¿Tomo un buen abogado? ¿Apelo? ¿Cuál fue el resultado de la apelación?

97. ¿Cree usted que sus antecedentes penales tendrán algún efecto en su vida?

98. En su etapa adulta: ¿Cuál ha sido el hecho más agresivo que ha cometido? ¿Qué pasó? ¿Por qué lo hizo? ¿Lo volvería a hacer? ¿Qué sintió con respecto a la victima? ¿Qué sintió después de lastimar a alguien?

99. Si ha sido sentenciado por algún delito pregunte: ¿Qué sucedió en su último/presente delito? ¿Por qué cree usted que lo cometió? ¿Lo volvería a hacer? ¿Qué puede hacer para evitar volver a delinquir?

100. ¿A quién o a qué culpa por sus actividades criminales? ¿Qué papel han desempeñado las drogas o el alcohol en sus delitos? ¿Asocia usted el alcohol o las drogas con el crimen?

101. ¿Qué factores le ayudarían en el futuro para mantenerse lejos de problemas?
102. ¿Cuál es el mayor periodo de tiempo que ha pasado en la sociedad sin cometer ningún crimen?
103. ¿Qué efecto ha tenido su comportamiento criminal en las víctimas? ¿Qué tan a menudo piensa en ellas?
104. ¿Ha tenido remordimientos por los crímenes que ha cometido? ¿Por qué si o por qué no? ¿Qué sintió/siente?
105. ¿Ha planeado sus crímenes o fue algo que surgió en el momento? De ejemplos de cómo planea sus crímenes.

Explique cómo fue el delito por causas que surgieron en el momento.

106. ¿Qué piensa acerca del sistema legal? ¿Cree que tiene sentido acatar las leyes? ¿Cree que el sistema legal es justo?
107. ¿Ha incumplido su libertad condicional, o ha escapado durante dicho beneficio?
108. Ha utilizado "alias"? ¿Qué tan a menudo? ¿Por qué?

Preguntas generales

109. Hay alguien que opine que usted es una persona valiosa? ¿Considera importante para usted la opinión de alguien? ¿Quién o quienes? ¿Por qué?
110. ¿Miente con regularidad? [¿Le han llamado mentiroso? ¿Le han acusado por no decir la verdad? ¿Por qué? ¿Se considera usted mismo bueno para mentir? ¿Ha mentido alguna vez solo para herir o hacer sufrir a alguien?
111. ¿Ha hecho algo de lo que se haya arrepentido? ¿Por qué se arrepintió?/ ¿Por qué no?
112. Algunas personas son hábiles para manipular o aprovecharse de otras con tal de obtener lo que quieren. ¿Puede usted hacer algo así?
113. ¿Le han acusado de ser manipulador? ¿Le han dicho que usted siempre quiere "salirse con la suya"? ¿Ha llevado alguna vez una "doble vida"? ¿Cómo engaña a otras?

114. ¿Le han dicho que usted tiene una muy alta opinión de sí mismo? ¿Por qué?
115. ¿Qué tan inteligente se considera usted con respecto a las demás personas?
¿Qué tan hábil se considera usted con respecto a las demás personas?
116. ¿Se siente satisfecho con su vida? ¿Cambiaría algo?
117. ¿Cuál ha sido la máxima felicidad que ha tenido? Detalles
118. ¿Cuál ha sido el momento de máxima depresión que ha vivido? ¿Qué sucedió?
¿Cómo enfrentó esto? ¿Cuánto tiempo le llevó superarlo?
119. ¿El futuro le produce estrés o ansiedad? ¿Por qué?
120. ¿Qué piensa de si mismo? (Califíquese en una escala del 1 al 10, donde 1 es pésimo y 10 optimo ¿Como le calificarían los demás?
121. ¿Cuáles son sus principales realizaciones?
122. ¿Cuáles son sus mayores defectos?
123. Si pudiese retroceder en el tiempo y cambiar las cosas ¿Dónde empezaría?
124. Si pudiera decirle algo a alguna de sus víctimas ¿Qué le diría?
125. ¿existe algo de lo que no hayamos hablado con esta entrevista que considere importante saber acerca de usted?

ESCALA DE CALIFICACIÓN DE LA PSICOPATÍA

Robert D. Hare

ESCALA DE CALIFICACIÓN
DE LA PSICOPATÍA.

Robert D. Hare

Psychology Department University of British Columbia, Vancouver, Canadá. V6T 1Y7

DESCRIPCIÓN DE LOS ÍTEMS Y PROCEDIMIENTOS DE PUNTUACIÓN.

Cada uno de los 20 ítems listados a continuación es puntuado sobre una escala ordinal de 3 puntos (0, 1 ó 2); la puntuación total puede variar en un rango de 0 a 40 (comparada con un rango de 0 a 44 del listado de 22 ítems). Las siguientes pautas son utilizadas para puntuar cada ítem:

Puntuación:

2. El ítem es aplicable al individuo; un razonablemente buen emparejamiento en los aspectos más esenciales; su conducta es generalmente consistente con el sentido e intención del ítem.

1. El ítem es aplicable en cierto sentido, pero no en el grado requerido para una puntuación de 2; se puede emparejar en ciertos puntos, pero con demasiadas excepciones o dudas para garantizar una puntuación de 2; existe incertidumbre respecto a si puede o no aplicarse el ítem; existen conflictos en la información que no pueden ser resueltos a favor de una puntuación de 2 ó 0.
0. El ítem no es aplicable al individuo; el individuo no exhibe los rasgos de conducta en cuestión, o exhibe características que son opuestas, o inconsistentes, a la intención del ítem.

Aunque subjetivamente estas decisiones son fácilmente tomadas en la mayoría de los casos, los ítems que no pueden ser puntuados con confianza, ya que no existe suficiente información, son omitidos. Se pueden omitir hasta 5 ítems sin una reducción apreciable en la fiabilidad. Puntuaciones de los ítems restantes pueden ser prorrateadas para 20 ítems.

Estos procedimientos de puntuación difieren ligeramente de aquellos utilizados para el listado original (Hare y Frazelle, 1980). Antes, una puntuación de 1 podía ser otorgada aunque existiera información insuficiente para puntuar un ítem sin confianza. Entonces, un ítem podía no ser puntuado por todos. Las instrucciones de puntuación originales incluyen ejemplos de las conductas que calificarían las puntuaciones de 1 ó 0 para cada ítem. Después de una deliberación y pretest decidimos proporcionar sólo una descripción detallada de cada ítem y cómo asignar 2, 1 ó 0 sobre la base de la extensión por la cual un individuo se ajusta a la descripción. Esto es, criterios específicos para puntuar 1 ó 0 no se dan, con la excepción de los ítems 9 y 17 a 20.

ITEM 1: Locuacidad / Encanto Superficial.

DESCRIPCIÓN.

El ítem 1 describe una persona locuaz, voluble, con facilidad verbal, que destila rasgos de seducción insincera y superficial. Es frecuentemente divertido y un conversador entretenido, está siempre dispuesto con una rápida e inteligente respuesta y es capaz de narrar increíbles pero convincentes historias que le colocan en un buen lugar. Logra presentarse a sí mismo muy bien y puede ser completamente falso. No obstante, generalmente parece muy adulator y cortés y puede ser enteramente creíble. Se presenta como teniendo conocimientos de muchas áreas y puede casualmente utilizar términos técnicos y jergas y, efectivamente, impresiona bastante a la mayoría de la gente. Un detenido análisis revelaría que sólo tiene conocimientos superficiales.

RECOGIDA DE INFORMACIÓN.

Este ítem frecuentemente puede ser completado por impresiones obtenidas durante la entrevista. No obstante, los archivos también pueden ser utilizados; mirar los comentarios de los entrevistadores sobre que tiene una reputación de conversador cortés, "la facilidad para hablar" y así sucesivamente. Durante la entrevista será difícil determinar quién está bajo control. Puede presentarse amable, íntegro y cooperativo, pero puede proporcionar muy poca información útil. Frecuentemente comienza respondiendo una cuestión, pero finaliza hablando sobre algo completamente diferente, dando la impresión de que ha contestado la cuestión mientras que puede no haber dicho nada de sustancia. Se presenta muy suelto durante toda la entrevista, no mostrando signos de ansiedad, sofoco o disconformidad. Cuando se le da oportunidad de contestar preguntas sobre su pasado (por ejemplo, infancia, colegio, viajes, etc.), puede contar historias que parecen increíbles a la vista de lo que es conocido de él. Puede probarse conveniente solicitar su opinión sobre tópicos específicos y permitirle que se pierda en los tópicos cuando muestre una inclinación a hacerlo. Algunas áreas típicas con las cuales puede intentar parecer familiarizado son la sociología, psiquiatría, medicina, psicología, filosofía, poesía, literatura, arte y derecho. Esta aproximación tendrá generalmente un sabor pseudointelectual.

ITEM 2: Sensación grandiosa de la autovalía.

DESCRIPCIÓN.

El ítem 2 describe un individuo con una visión vulgarmente inflada de sus habilidades y autovalía. Usualmente se muestra muy seguro de sí mismo, obstinado y fanfarrón durante la entrevista, comportándose como si estuviera delante de una cámara. No se considera a sí mismo como un fracasado o proscrito social, no está molesto, o sensible, por su situación actual. Está convencido de que las circunstancias presentes son el resultado de la mala suerte, amigos infieles o un sistema de justicia criminal injusto e incompetente. Puede también verse a sí mismo como la víctima real del crimen ya que ha sido forzado a permanecer durante un tiempo en prisión. No ve su futuro como afectado negativamente por su contacto con la justicia y, de hecho, puede expresar una intención de ejercer una profesión de estatus. Frecuentemente expresa la visión de que las habilidades que mostró en prisión no tienen valor o éste es muy bajo y que es capaz de hacer mucho más; esta actitud es inconsistente con sus acoplamientos pasados, porque no ha ejercido concienzuda o exitosamente cualquier ocupación aceptable socialmente u obtenido metas profesionales. Su ego inflado y exagerado hace que vea sus propias habilidades remarcadas dado los hechos de su vida.

RECOGIDA DE INFORMACIÓN.

La mayoría de la información necesaria para la puntuación de este ítem vendrá proporcionada por la entrevista, aunque los archivos pueden contener comentarios e impresiones sobre su autoimagen de los oficiales de parole, equipo institucional y entrevistadores previos. En la entrevista puede actuar como si estuviera en una conferencia de prensa, y utilizará expresiones como “no comento” o “no estoy preparado para contestar esta pregunta ahora”. Puede ser un “letrado de la prisión” y puede incluso haber actuado como su abogado defensor durante la vista de su causa. De ser así, logrará hablar de sus razones para hacer lo que había hecho y dará su opinión relativa sobre qué bien actuaba y por qué se había extraviado. Sus reacciones ante preguntas sobre otros (por ejemplo, ¿has encontrado otros estúpidos?, ¿negados?, ¿fastidiosos?, ¿ingeniosos? o ¿interesantes?), proporcionarán frecuentemente revelaciones. Puede ser útil explorar sus percepciones sobre dónde se sitúa el orden de la institución. Puede pretender que otros, respecto a él, le temen, le envidian, etc. Alguien que puntúe alto en este ítem será normalmente feliz de hablar sobre su estatus y reputación (tanto si la merece como si no) en la prisión. La información obtenida de otros presos o del equipo puede ser utilizada para evaluar la visión que tiene de sí mismo.

ITEM 3: Necesidad de estimulación / Tendencia al aburrimiento.

DESCRIPCIÓN.

El ítem 3 describe un individuo que demuestra una necesidad crónica y excesiva por la estimulación nueva y excitante, y una inusual propensión al aburrimiento. Expresará usualmente un fuerte interés por aprovechar las oportunidades, “vivir la vida en el camino rápido” o “en el borde”, estando “donde está la acción”, y haciendo aquello que es excitante, arriesgado o un reto. Aunque puede probar y utilizar muchos tipos de drogas, prefiere usualmente aquellas con un efecto estimulante. Frecuentemente es incapaz o reacio a tolerar las actividades rutinarias o mantener la atención sobre aquello que no tiene un interés inherente para él. Describirá usualmente el colegio, muchos trabajos y muchas actividades ordinarias como aburridas y tediosas. Puede comentar que se ha sentido picado, que necesita estar en el ojo del huracán y que no puede

imaginarse trabajando en el mismo trabajo durante mucho tiempo. Frecuentemente rechazará intentar, o pronto abandonará, una tarea que encuentre rutinaria, monótona o no interesante.

RECOGIDA DE INFORMACIÓN.

La información para este ítem proviene tanto de la entrevista como de los archivos. Si son adecuados los registros de empleo y educacionales, deberían ser examinados para evidenciar los cambios frecuentes de trabajo que no puedan ser relacionados con las condiciones económicas, enfermedades, etc. Los archivos institucionales pueden contener registros sobre hábitos de trabajo, utilización de drogas y tipos de actividades preferidas. La entrevista debería probar sus actitudes hacia trabajos previos, lugares de residencia y actividades varias, incluyendo aficiones y tiempo libre.

ITEM 4: Mentira patológica.

DESCRIPCIÓN.

El ítem 4 describe un individuo para el cual la mentira y el engaño constituyen una parte integral de sus interacciones con los otros. Sus aclaraciones contundentes, excusas y promesas son usualmente inconsistentes con su conducta actual. Su facilidad para mentir y el aparente desenfado con que lo sobrelleva (incluso con gente que le conoce muy bien) puede ser bastante remarcable. Como resultado, aquellos que entran en contacto con él son alternativamente confiados y decepcionados. Es capaz de fabricar elaboradas relaciones de su pasado incluso aunque conozca que su historia puede fácilmente ser revisada. Cuando se le atrapa en una mentira o cuando es desafiado con la verdad raramente está perplejo o abochornado; puede simplemente cambiar su historia o intentar reconstruir los hechos de modo que parezca ser consistente con lo que ha dicho. Además, incluso después de romper repetidamente sus promesas y compromisos a alguien, todavía encuentra fácil construir otros sobre "su palabra de honor".

RECOGIDA DE INFORMACIÓN.

Las discrepancias entre la entrevista y los datos de archivo son particularmente útiles a la hora de puntuar este ítem. Los archivos pueden contener comentarios sobre mentiras extravagantes y compulsivas o pueden incluir distintas "historias vitales" completamente divergentes y ficticias. Es útil buscar la información conflictiva mirando el estado marital, los antecedentes familiares, ocupaciones previas, educación, detalles de sus crímenes, etc. Cuando es sospechoso de mentir durante la entrevista, es positivo confrontarle con los hechos contenidos en los archivos; en este caso, puede fácilmente cambiar su historia, con racionalizaciones elaboradas y casi convincentes. El uso de alias que no tienen aparentemente ninguna intención o que no proporcionan beneficios tangibles (excepto para confundir a las autoridades) no es infrecuente. Puede merecer la pena preguntar al equipo institucional sobre su reputación sobre la sinceridad y contar la verdad.

ITEM 5: Dirección / Manipulación.

DESCRIPCIÓN.

Aunque es similar en algunos aspectos con el ítem 4 (Mentira Patológica), el ítem 5 es más concreto con el uso del engaño y la decepción, trampear, [BILK], defraudar o manipular a los otros. El uso de proyectos, [SCAMS] o manipulaciones motivadas por un deseo de ganancias personales (dinero, sexo, estatus, poder, etc.) y realizarlos sin valorar sus efectos sobre la víctima garantiza una puntuación de 2. Algunas de estas operaciones están muy elaboradas y estructuradas, mientras que

otras son bastantes simples; en cada caso, el individuo despliega un considerable grado de frialdad, autoseguridad y [CHUTZPAM].

RECOGIDA DE INFORMACIÓN.

Aunque la entrevista y los datos de los archivos pueden ser utilizados para puntuar este ítem, el énfasis debería situarse sobre los siguientes aspectos de la entrevista. Puede estar bastante dispuesto e impaciente por describir sus actividades como “director” o “artista del fraude”, pero debería obtenerse evidencia confirmatoria. Hay que buscar la evidencia de un patrón de conducta en el cual otros son defraudados, estafados o engañados. Puede tener un registro de acusaciones o delitos por fraude, malversación, usurpación de personalidad, empresario de venta por teléfono de propiedades y timos de todo tipo, importantes y leves. Puede también mostrar predilección por la utilización de diversas prácticas deshonestas y no éticas que son de dudosa legalidad o la utilización de excusas legales para sus actividades. Cuando los alias son utilizados, son típicamente una parte integral de cualquier esquema fraudulento que sucede en un momento dado. Durante la entrevista dice lo que piensa de la gente y afirma que las personas son lo bastante crédulas para ser defraudados y [BILKED]. Su réplica puede revelar una creencia de que el mundo está compuesto por “los que dan y los que toman” y “predadores y víctimas”, o que sería de tontos no explotar las debilidades de los demás. Puede ser muy astuto determinando que estas debilidades han sido utilizadas para su propio provecho. Los archivos pueden contener informes de su habilidad para manipular al equipo, a otros internos y al sistema. Por ejemplo, puede haber intentado (a veces exitosamente) granjearse un miembro del equipo para obtener beneficios especiales, para hacer contrabando dentro o fuera de la prisión, o hacer algo para él en el exterior. Las aplicaciones e informes de parole son particularmente útiles en la puntuación de este ítem. Pueden mostrar que tienden, para utilizar los beneficios y esquemas penitenciarios, a mostrar una apariencia lo más parecida posible a lo que interesa para la rehabilitación, incluyendo la evolución académica, programas de drogas o alcohol, organizaciones religiosas o casi-religiosas y cualquier cosa de automejora que pueda proporcionarle favores. En muchos casos se asociará a organizaciones con la sola intención de conseguir el apoyo de la comunidad para lograr aplicaciones de parole. Durante la entrevista, hay que intentar determinar la extensión de lo que es capaz de manipular al entrevistador para su propio beneficio.

ITEM 6: Falta de remordimiento y culpabilidad.

DESCRIPCIÓN.

El ítem 6 describe un individuo que muestra una falta general de interés por las consecuencias de sus actos y que no ofrece demostraciones convincentes de culpabilidad y remordimiento por su conducta o los efectos que ésta tiene sobre los otros. Puede ser completamente directo sobre la cuestión, casualmente declarando (sin emoción) que no tiene sentimiento de culpa, que no está arrepentido por lo que ha hecho y que no existe ninguna razón por la que debería estar interesado en los hechos actuales. Por otra parte, puede verbalizar algo de culpa o remordimiento, pero sus acciones no confirman sus palabras. La falta de culpabilidad y remordimiento puede ser indicada por el fracaso en la apreciación de la gravedad de sus hechos (por ejemplo, sintiendo que su condena es demasiado severa o que fue juzgado injustamente, etc.) o por argumentar que sus víctimas, otros, la sociedad o las circunstancias fueron realmente los culpables, cuando, en cada caso, los hechos claramente indican otra cosa. Está también mucho más interesado por los efectos que sus crímenes o actos asociales tienen para sí mismo, más que por la experiencia de sufrimiento de sus víctimas o el daño que ha hecho a la sociedad. Por ejemplo, no es nada raro para él culpar al sistema de justicia criminal o a los medios de dañar su reputación y por impedirle el desarrollo de su potencial.

RECOGIDA DE INFORMACIÓN.

Tanto la entrevista como los archivos deberían proporcionar información útil. Es necesario tener mucho cuidado cuando se evalúa lo que ha dicho durante la entrevista. Pueden existir diferencias entre lo que el sujeto siente y lo que piensa que el entrevistador debería escuchar. Este problema puede ser mitigado dejando claro que el entrevistador no está relacionado con la institución y que la información obtenida es estrictamente confidencial (si éste es, de hecho, el caso). Una cuestión estándar en las entrevistas correccionales es: "¿tienes remordimientos por lo que has hecho?". Por tanto puede ser utilizada para responder y su réplica puede ser ensayada. Preguntas relativas a la gravedad de su conducta o sus consecuencias para él mismo y los otros proporcionarán mayor información. Los archivos pueden contener información de entrevistadores previos, procesos de parole, etc. Donde expresiones previas de remordimientos y culpabilidad no fueron seguidas de un cambio importante en la frecuencia o gravedad de la conducta antisocial y criminal.

ITEM 7: Escasa profundidad de los afectos.

DESCRIPCIÓN.

El ítem 7 describe un individuo que se muestra incapaz para expresar emociones intensas. Sus despliegues emocionales generalmente dejan a los observadores cuidadosos con la impresión de que está actuando y que poca de la real significación está debajo de la superficie. Sus estados afectivos son dramáticos, superficiales, de breve duración y despreciables más que profundamente sentidos y maduros. Como Cleckley declaró, "la vejación, el rencor, los flashes rápidos y lábiles de cuasiafección, el resentimiento malhumorado, los humores superficiales de autocompasión, actitudes infantiles de vanidad y posturas absurdas y teatrales de indignación son todos los sentimientos incluidos en su escala emocional". Pero su repertorio emocional no incluye "madurez, ira sincera, indignación verdadera o consistente, honestidad, dolor sólido, orgullo sostenible, alegría profunda y desesperación genuina...". Frecuentemente será incapaz de describir la subjetividad de distintos estados afectivos.

RECOGIDA DE INFORMACIÓN.

La información necesaria para puntuar este ítem puede ser obtenida a partir de la entrevista y los archivos. Es importante (aunque frecuentemente difícil) tener en cuenta los efectos que la encarcelación puede tener sobre su nivel general de afectos. También hay que conocer la posibilidad de que será cauto sobre la revelación de sus sentimientos en aquellos aspectos que piense que pueden estar asociados con la institución. Las discrepancias entre las respuestas elicitadas durante la entrevista y los datos contenidos en los archivos pueden ser de ayuda. Por ejemplo, puede dar a entender que tiene un apego emocional profundo con algún miembro de su familia mientras que los archivos indican que no ha hecho nada por comunicar con ellos o que encuentra el modo de no contactar cuando ellos lo solicitan. Los archivos pueden también contener evidencias de que su conducta hacia amigos y conocidos ha sido normalmente incompatible con sus expresiones verbales de cariño. En la entrevista hay que prestar cuidadosa atención a sus reacciones ante cuestiones relativas a padres, amores, esposas e hijos. Hay que determinar si puede proporcionar detalles sobre su actual salud, condición financiera y bienestar general. Puede ser incapaz de hablar de las relaciones con otros en profundidad, convirtiéndose en un silencio no característico cuando es preguntado por los detalles sobre la naturaleza de sus relaciones. Si un miembro de la familia o amigo se ha puesto seriamente enfermo o ha fallecido, conviene preguntar el modo en que lo siente; ¿si no estuvieras en prisión visitarías a tal familiar en el hospital? Hay que vigilar las inconsistencias entre las expresiones verbales y no verbales de las emociones. Puede ser aclarador pedirle que describa lo que siente cuando está enfadado, asustado, feliz, desconsolado, enamorado, etc.

ITEM 8: Insensibilidad / Falta de empatía.

DESCRIPCIÓN.

El ítem 8 describe un individuo que consistentemente muestra una insensibilidad, que prescinde de los sentimientos, los derechos y la felicidad de los otros. Su falta de empatía es profunda -parece completamente incapaz de ponerse a sí mismo en el lugar de otra persona (en un sentido emocional) y de imaginar lo que otros sienten- con el resultado de que es capaz de manipular y utilizar a otros como si fueran meros objetos. Si consigue apreciar que sus acciones causan dolor, angustia y desazón en otros, será una apreciación meramente abstracta e intelectual, más que afectiva. Es egoísta y sólo le interesa ser el "Número 1". Es completamente indiferente ante los sentimientos de los otros y el efecto que su conducta ha tenido sobre los demás. No tiene escrúpulos en burlarse de aquellos que han experimentado infortunio o sufren una minusvalía mental o física. Su desprecio y falta de interés por los otros puede conducirle a describirse a sí mismo como un "solitario elector" [LONER BY CHOICE].

RECOGIDA DE INFORMACIÓN.

La entrevista y los datos de los archivos son utilizados para puntuar este ítem. Los archivos pueden contener informes de tratamiento insensible y sádico de otros, incluyendo asesinato a sangre fría, agresiones malintencionadas y no provocadas, abandono serio y abuso (emocional o físico) de miembros de su familia y hurtos, estafas o fraudes que tienen consecuencias devastadoras para el bienestar mental, físico o económico de la víctima. Hay que buscar indicaciones de que los crímenes de este tipo no fueron incidentes aislados o que no fueron parcialmente atribuibles a circunstancias atenuantes comprensibles. Para puntuar este ítem debe existir evidencia de un patrón persistente, de inicio temprano, en el que existe un bajo o nulo interés por los sentimientos y el dolor ajeno; incluyendo a los miembros de la propia familia. Durante la entrevista hay que pedirle que describa e interprete sus sentimientos sobre la/s víctima/s y el crimen. Sus respuestas frecuentemente se referirán a "extrañas casualidades" y utilizará encabezamientos como "el caso es que", a pesar de la naturaleza sería del crimen y los devastadores efectos sobre la víctima. No son extraños comentarios semejantes a "yo no puedo hacer nada sobre eso", "muy desafortunado", "ellos tienen lo que se merecen", "yo no puedo preocuparme por eso", "yo tengo otros problemas actualmente" o "yo realmente no he pensado en ello". Puede comentar que su actitud hacia los otros está impulsada por su deseo de supervivencia en un mundo hostil. Expresiones de interés hacia sus víctimas no quieren decir mucho si los registros demuestran que consistentemente viola los derechos de los demás.

ITEM 9: Estilo de vida parásito.

DESCRIPCIÓN.

El ítem 9 describe a un individuo para el cual la dependencia económica de otros es una parte intencional de su estilo de vida. Es capaz de no realizar esfuerzos para obtener empleo remunerado; continuamente confía en el bienestar de la familia, conocidos o amigos o en el subsidio de desempleo (después de trabajar el mínimo legal de tiempo necesario para cobrarlo). Obtiene lo que quiere sangrando parásitamente a otros, frecuentemente apareciendo como desvalido y necesitado de simpatía y apoyo, utilizando amenazas y coerción o explotando la debilidad de sus víctimas. Su utilización de los otros a lo largo de su vida no es simplemente el resultado de circunstancias temporales que le impiden trabajar o subsistir por sí mismo. Al contrario, refleja un patrón persistente de conducta en el cual los otros son utilizados como apoyo egoísta y proveedores de sus necesidades, sin valorar el coste económico y emocional para ellos.

RECOGIDA DE INFORMACIÓN.

Tanto los datos de archivo como los de la entrevista son utilizados para puntuar este ítem. Si es demasiado joven para haber establecido un registro de trabajo, es útil mirar la evidencia de una dependencia inusual de familiares, amigos o del sistema de bienestar social después de haber abandonado el colegio (por ejemplo, desde los 15 hasta los 20 años). Informes de parole o probation son una buena fuente de información sobre su historia laboral, utilización de bienestar social y confianza en los demás para su propio sostén. En la entrevista frecuentemente será completamente franco sobre su repugnancia a sostenerse por sí mismo. Hay que notar que durante períodos de alto empleo local puede ser difícil puntuar este ítem sólo por la historia laboral.

Un interno que se autosustenta mediante medios ilegales (por ejemplo, tráfico de drogas, hurto, prostitución) o que no tiene medios visible mientras que está fuera de la prisión recibe una puntuación de 1. Un interno que generalmente se sustenta a sí mismo mediante un empleo legal mientras no está en prisión recibe una puntuación de 0.

ITEM 10: Falta de control emocional.

DESCRIPCIÓN.

El ítem 10 describe un individuo que tiene unos inadecuados controles comportamentales. Puede ser descrito como una persona de mal genio o colérica y puede tender a responder a la frustración, fracaso, disciplina o crítica con conductas violentas o con amenazas y abuso verbal. Muestra una tendencia a sentirse fácilmente ofendido y a enfurecerse por trivialidades. Su repentina ira parecerá inapropiada a los otros, dado el contexto en que ocurre. Estas conductas son frecuentemente breves y puede rápidamente actuar como si nada fuera de lo normal hubiera ocurrido. Sus controles conductuales, normalmente no muy fuertes, parecen estar además debilitados por el alcohol.

RECOGIDA DE INFORMACIÓN.

Los archivos típicamente proporcionan mejor evidencia para puntuar este ítem que la entrevista (¡excepto si el entrevistador es desgraciado!). Los informes psiquiátricos y psicológicos normalmente contendrán información relevante sobre controles conductuales. Examinar los informes institucionales para ver las entradas sobre reprimendas y castigos por violencia y explosiones agresivas, incluyendo agresiones repentinas y ataques verbales [HEATED] sobre el equipo y otros internos. Su registro criminal puede incluir acusaciones y sentencias por delitos que incluyen violencia espontánea y no provocada. Algunos de sus delitos más serios pueden haber sido cometidos bajo la influidez del alcohol. En la entrevista puede mostrar signos de irritabilidad repentina, fastidio o impaciencia. Si se le pregunta, frecuentemente admitirá que tiene un mal temperamento o que "pierde la cabeza fácilmente". Es útil preguntarle las condiciones bajo las cuales ocurre esto.

ITEM 11: Conducta sexual promiscua.

DESCRIPCIÓN.

El ítem 11 describe un individuo sexualmente activo en el cual sus relaciones con otros son impersonales, casuales, triviales e indiscriminadas. Su promiscuidad puede estar reflejada en frecuentes relaciones casuales (por ejemplo, "de una noche"), selección indiscriminada de compañeros sexuales, mantenimiento de varias relaciones sexuales al mismo tiempo, frecuentes infidelidades, prostitución o disposición a participar en una amplia variedad de actividades sexuales.

RECOGIDA DE INFORMACIÓN.

Los archivos pueden contener informes de conducta sexual y acusaciones por prostitución. La entrevista es particularmente útil para obtener información sobre la conducta sexual que no es necesariamente ilegal. Conviene preguntar sobre su visión del sexo, su actitud hacia los compañeros sexuales, el número y la naturaleza de las relaciones sexuales que ha tenido, etc.

ITEM 12: Problemas de conducta precoces.

DESCRIPCIÓN.

El ítem 12 describe un individuo que tuvo problemas de conducta serios antes de los 12 años. Estos problemas incluyen mentiras persistentes, trampas, hurtos, robos, incendios, fugas del hogar [TRUANCY], problemas en las actividades escolares, abuso de sustancias (incluyendo el alcohol, el hachís y la cola), vandalismo, violencia, fanfarronería y actividades sexuales precoces. Estas conductas son más serias que aquellas exhibidas por la mayoría de los niños y frecuentemente culminan con la expulsión de la escuela y contactos con la policía.

RECOGIDA DE INFORMACIÓN.

Los archivos son la principal fuente de información para puntuar este ítem. Aunque la entrevista puede elicitarse descripciones francas de problemas de conducta precoces, esta evidencia debería ser contrastada con los archivos. Hay que mirar los informes consistentes de conducta disruptiva en casa y en la escuela, frecuentes traslados dentro del mismo distrito escolar y contactos con el sistema judicial. Los informes psiquiátricos y psicológicos precoces, informes escolares e informes de entrevistas con padres u otros que hayan conocido al individuo de niño son también muy útiles.

ITEM 13: Falta de metas realistas a largo plazo.

DESCRIPCIÓN.

El ítem 13 describe un individuo que ha demostrado una inhabilidad o repugnancia para formular y cumplir de forma realista planes o metas a largo plazo. Tiende a vivir día a día y a cambiar sus planes frecuentemente. No plantea pensamientos serios de futuro ni tampoco se preocupa mucho por ello. Raramente está molesto por el conocimiento de lo poco que ha hecho con su vida y que no está yendo a ninguna parte. Puede decir que no está interesado en tener un trabajo seguro o que realmente no ha pensado mucho en ello. Alternativamente, puede expresar que confía en convertirse en abogado, escritor, neurocirujano, trabajador social, psicólogo, piloto de aerolíneas, etc., incluso pensando que tiene un registro criminal, ha mostrado un bajo interés por la educación formal y no puede describir cómo planea lograr estas metas. Tiene dificultad para lograr empleo y puede mantener una existencia nómada con sólo planes y metas a corto plazo. Frecuentemente habla de conseguir bastante dinero, pero no tiene planes específicos y realistas para hacerlo.

RECOGIDA DE INFORMACIÓN.

Los archivos e información de la entrevista son utilizados para puntuar este ítem. Los planes pre-libertad contenidos en las aplicaciones previas y actuales de parole y libertad condicional son particularmente útiles para determinar el modo meditado y realista en que expresa sus metas. En la entrevista conviene preguntar cuestiones sobre su futuro, por ejemplo, qué planea hacer cuando consiga la libertad y el modo (en detalle) en que piensa conseguir estas metas. Comparar estos planes con su grado de cualificación y los registros pasados para determinar si son realistas.

ITEM 14: Impulsividad.

DESCRIPCIÓN.

El ítem 14 describe un individuo cuya conducta es frecuentemente impulsiva, no premeditada y obviamente falta de reflexión o previsión. Usualmente hace las cosas de forma espontánea ya que “le gusta sentirlo así” cuando una oportunidad se presenta. Es impensable que gaste mucho tiempo en examinar los pros y los contras de un curso de acción o considerar las posibles consecuencias de sus actos para sí mismo o para los demás. Frecuentemente romperá relaciones, dejará trabajos y cambiará de planes súbitamente o cambiará de residencia por un capricho o sin decírselo a nadie.

RECOGIDA DE INFORMACIÓN.

La información de los archivos y la entrevista es utilizada para puntuar este ítem. Esta puede ser evidencias de archivo que indican que sus delitos fueron espontáneos. Es útil mirar para detectar un patrón de delitos que muestre que estos fueron aparentemente poco planificados. Los informes de parole pueden indicar que frecuentemente cambiar de trabajo y dirección. En la entrevista conviene preguntar si generalmente piensa antes de actuar y pedirle que describa las circunstancias principales de sus delitos. También conviene elicitarse su visión sobre la importancia de la planificación y la espontaneidad en su estilo de vida.

ITEM 15: Irresponsabilidad.

DESCRIPCIÓN.

El ítem 15 describe un individuo que habitualmente falta al cumplimiento de sus obligaciones y acuerdos con los demás. Tiene un pequeño, o no tiene, sentido de la responsabilidad o la lealtad hacia la familia, los amigos, superiores laborales, sociedad, ideas o causas. Su irresponsabilidad es evidente en una variedad de áreas, incluyendo: transacciones financieras (dificultosa evaluación de créditos, negligencia en los préstamos, fracaso en la descarga de deudas, etc.); conducta que sitúa a otros en riesgo (conducir borracho, exceso de velocidad, etc.); conducta laboral (absentismo, actuación chapucera o descuidada no atribuible a falta de habilidad, etc.); relaciones comerciales (violación de acuerdos contractuales, falta de respeto por las leyes, etc.); conducta hacia familiares y amigos (causándoles innecesarias penurias, poniéndolos en peligro, disminuyendo o fracasando en proporcionar apoyo financiero para la esposa o los hijos, etc.).

RECOGIDA DE INFORMACIÓN.

La mayoría de la información necesaria para puntuar este ítem puede ser encontrada en los archivos. Los informes de supervisión de parole y probation son particularmente útiles ya que contienen entradas sobre registros de empleo, acusaciones criminales, negocios financieros, actividades generales y apoyo familiar proporcionado cuando no estaba en prisión. Cada una de estas áreas puede ser también explorada en la entrevista. Si está casado, o tiene hijos, conviene preguntarle por el modo en que ha estado sosteniéndolos y se sustentaba a sí mismo cuando no estaba en prisión.

ITEM 16: Incapacidad para aceptar la responsabilidad de las propias acciones.

DESCRIPCIÓN.

El ítem 16 describe a un individuo que es incapaz o renuente a la hora de aceptar la responsabilidad personal de sus propias acciones. Usualmente tiene alguna excusa para su

conducta, tal como la racionalización o situar la culpa en otros (sociedad, su familia, cómplices, víctimas, el sistema judicial, etc.).

RECOGIDA DE INFORMACIÓN.

Los datos de archivo y de la entrevista son utilizados para puntuar este ítem, poniendo especial énfasis en la entrevista. Los archivos pueden contener información sobre las razones aludidas ante la policía y el juez para explicar sus delitos. En la entrevista conviene explorar las circunstancias que rodean sus delitos y sus razones para cometerlos. Las excusas más habituales incluyen la amnesia, cortocircuitos, personalidad múltiple y la enajenación mental transitoria. Cuando se le pregunta por los síntomas experimentados, frecuentemente dará respuestas vagas, increíbles médicamente o que son aprendidas rutinariamente de libros de texto. Puede también culpar al uso excesivo de alcohol o drogas para justificar sus actos, pero al mismo tiempo se negará a aceptar la responsabilidad de su uso.

ITEM 17: Varias relaciones maritales breves.

DESCRIPCIÓN.

El ítem 17 describe a un individuo que ha tenido muchas relaciones “maritales” breves, incluyendo los matrimonios formales y legales y otras relaciones de convivencia, tanto homosexuales como heterosexuales. Para nosotros, “corto plazo” se define como menos de 1 año, no incluyendo el tiempo en el que está ausente (por ejemplo, por encarcelamiento o nomadismo). Para puntuar este ítem como probado hay que determinar si han existido oportunidades razonables para que se establecieran relaciones maritales. Sería mejor omitir este ítem si la persona es muy joven o ha estado mucho tiempo de su vida adulta en prisión o lejos de contacto efectivo con un grupo de potenciales compañeros (excepto, por supuesto, si todavía se las ingenia para tener distintas relaciones sexuales, en cuyo caso puede asignarse al individuo una puntuación de 2).

RECOGIDA DE INFORMACIÓN.

La información de la entrevista y los archivos es utilizada para puntuar este ítem, aunque existen frecuentemente conflictos entre ellas. La lista de visitantes y correspondientes aprobada (incluyendo aquellos designados como esposa/o, compañera/o de convivencia, etc.) puede proporcionar indicios sobre el número de relaciones que ha tenido. Diferentes esposas pueden ser listadas en diferentes períodos de encarcelamiento o a lo largo de un período. Durante la entrevista conviene preguntarle para que proporcione detalles sobre cada una de estas relaciones, así como sobre otras relaciones que pueda haber tenido. El número de relaciones de corta duración requerido para cada puntuación es:

PUNTUACIÓN	MENOS DE 30 AÑOS	MÁS DE 30 AÑOS
2	2 ó más	4 ó más
1	2	3
0	0 ó 1	0 ó 2

ITEM 18: Delincuencia juvenil.

DESCRIPCIÓN.

El ítem 18 describe un individuo que ha cometido delitos graves antes de los 17 años, resultando un contacto formal con el sistema de justicia criminal (acusaciones o delitos, aunque no necesariamente encarcelamiento). Ejemplos de delitos graves son: asesinato, intento de asesinato, homicidio intencionado, violación, agresión causando daños corporales, robo, robo de coches,

delitos de conducción graves (por ejemplo, conducción temeraria o peligrosa, darse a la fuga tras un atropello, etc.), robo de más de 30.000 pesetas, secuestro, incendio intencionado, fraude y tráfico de drogas. Los delitos menores o menos graves incluyen la posesión de drogas, robos de menos de 30.000 pesetas, posesión de artículos robados, agresión, travesuras, alborotos callejeros, conducir con la licencia suspendida, etc.

RECOGIDA DE INFORMACIÓN.

Los archivos son la principal fuente de información; los conflictos entre los datos de los archivos y los de la entrevista son resueltos a favor de los formales. Aunque los sumarios oficiales de la historia juvenil y criminal son la fuente de información más fiable, los informes de presentación, parole e historia de protección o reforma pueden también ser útiles. Las siguientes pautas han probado ser útiles en la puntuación de este ítem:

PUNTUACIÓN

2	1 ó más delitos mayores.
1	1 ó más delitos menores.
0	No existen delitos juveniles.

ITEM 19: Revocación de la libertad condicional.

DESCRIPCIÓN.

El ítem 19 describe un individuo que tiene revocada por las autoridades una libertad condicional mayor o condena o que ha fracasado en el cumplimiento de las condiciones de probation bajo fianza. Un fallo grave de libertad condicional incluye la revocación de la libertad temporal, parole y otras formas de libertad supervisada antes de finalizar la condena de la sentencia (por ejemplo, supervisión por agente en Canadá). Las razones por las que se produce la revocación pueden ser el fracaso en el cumplimiento de las condiciones impuestas por los tribunales u otras autoridades legales, o la comisión de nuevos delitos. Los fracasos menores en la satisfacción de las obligaciones legales o judiciales incluyen: violación de los términos de una libertad condicional que no resulte en una revocación formal, ruptura de la propia obligación, faltar a la presentación e ilegalidad en libertad. Estos hechos reciben una puntuación menor que las revocaciones de una libertad condicional mayor (ver abajo). Este ítem no se puntúa en los individuos que nunca han disfrutado de libertad condicional, bajo fianza o una obligación judicial.

RECOGIDA DE INFORMACIÓN.

Este ítem es puntuado enteramente por los datos de los archivos. Las siguientes líneas a seguir pueden ser utilizadas para puntuar este ítem:

PUNTUACIÓN

2	1 ó más revocaciones de libertad condicional mayor o fracasos en cumplir las condiciones de probation bajo fianza.
1	1 ó más violaciones de los términos de una libertad condicional mayor, pero que no resulten en revocación; ó 1 ó más fracasos menores en el cumplimiento de las obligaciones legales o judiciales.
0	Ninguna de las anteriores.

ITEM 20: Versatilidad criminal.

DESCRIPCIÓN.

El ítem 20 describe un individuo con una carrera criminal que incluye acusaciones o condenas por distintos tipos de delitos. Aunque no son exhaustivas, las siguientes categorías han demostrado su utilidad a la hora de puntuar el ítem:

1. Hurto, robo en locales, posesión de instrumentos para robar, posesión de objetos robados, etc.
2. Robo, robo con armas, robo con violencia, extorsión, etc.
3. Delitos relacionados con la droga (posesión, tráfico).
4. Agresión, agresión causando lesiones corporales, etc.
5. Asesinato, intento de asesinato, homicidio intencionado, etc.
6. Posesión de armas o explosivos.
7. Delitos sexuales.
8. Negligencia criminal, incluyendo delitos de seguridad vial graves (conducción temeraria, atropello y fuga, etc.).
9. Fraude, falsificación, timo, usurpación de personalidad, engaño, etc.
10. Fuga, ilegalidad en libertad, saltarse la fianza, faltar a la confesión.
11. Secuestro, detención ilegal, retención por la fuerza, secuestro de vehículo.
12. Incendio intencionado.
13. Obstrucción a la justicia, perjurio.
14. Crímenes contra el estado, incluyendo traición, espionaje, contrabando y evasión de impuestos.
15. Delitos menores mezclados, incluyendo vandalismo, causar disturbios, daños, destrozos intencionados y delitos de seguridad vial leves (por ejemplo, conducir con la licencia suspendida).

RECOGIDA DE INFORMACIÓN.

Este ítem debería ser puntuado sólo con la información de los archivos. Las siguientes líneas a seguir son útiles:

PUNTUACIÓN

- | | |
|---|---------------------------|
| 2 | 6 ó más tipos de delitos. |
| 1 | 4 ó 5 tipos de delitos. |
| 0 | 1 a 3 tipos de delitos. |

ESCALA DE AGRESIÓN PROACTIVA-REACTIVA DE RAINE

Nombre:

Edad:

Escolaridad:

Numero Expediente:

Hay veces que nos enojamos o hemos hecho cosas que no deberíamos haber hecho. Encierre en un círculo los números 0 (nunca), 1 (algunas veces) o 2 (muy a menudo) en cada uno de los enunciados de acuerdo a su propia personalidad. No piense mucho en la respuesta, contesta rápidamente. Asegúrese de responder todos los enunciados.

1. Que tan a menudo Le gritas a las personas que te molestan.

0 (nunca) 1 (algunas veces) 2 (muy a menudo)

2. Que tan a menudo Peleas con otros para demostrarles quien es el que manda.
0 (nunca) 1 (algunas veces) 2 (muy a menudo)
3. Que tan a menudo Te enojas cuando otros te provocan.
0 (nunca) 1 (algunas veces) 2 (muy a menudo)
4. Que tan a menudo Tomas las cosas de otra persona.
0 (nunca) 1 (algunas veces) 2 (muy a menudo)
5. Que tan a menudo Te enfureces cuando estas frustrado.
0 (nunca) 1 (algunas veces) 2 (muy a menudo)
6. Que tan a menudo destrozas algo por diversión.
0 (nunca) 1 (algunas veces) 2 (muy a menudo)
7. Que tan a menudo te sientes furioso.
0 (nunca) 1 (algunas veces) 2 (muy a menudo)
8. Que tan a menudo dañas cosas cuando estas enojado.
0 (nunca) 1 (algunas veces) 2 (muy a menudo)
9. Que tan a menudo peleas o golpeas para sentirte bien.
0 (nunca) 1 (algunas veces) 2 (muy a menudo)
10. Que tan a menudo lastimas a otras para ganar en un juego.
0 (nunca) 1 (algunas veces) 2 (muy a menudo)
11. Que tan a menudo te enojas o enfureces cuando las cosas no se hacen como tú quieres.
0 (nunca) 1 (algunas veces) 2 (muy a menudo)
12. Que tan a menudo utilizas la fuerza física para obligar a otros a hacer lo que tú quieres.
0 (nunca) 1 (algunas veces) 2 (muy a menudo)
13. Que tan a menudo te enojas o enfureces cuando pierdes en algún juego.
0 (nunca) 1 (algunas veces) 2 (muy a menudo)
14. Que tan a menudo te enfureces cuando alguien te amenaza.
0 (nunca) 1 (algunas veces) 2 (muy a menudo)
15. Que tan a menudo utilizas la fuerza para obtener dinero o cosas de otros.
0 (nunca) 1 (algunas veces) 2 (muy a menudo)

16. Que tan a menudo te sientes mejor después de golpear o gritar a alguien.
0 (nunca) 1 (algunas veces) 2 (muy a menudo)
17. Que tan a menudo amenazas o molestas a alguien.
0 (nunca) 1 (algunas veces) 2 (muy a menudo)
18. Que tan a menudo haces llamadas telefónicas obscenas por simple diversión.
0 (nunca) 1 (algunas veces) 2 (muy a menudo)
19. Que tan a menudo golpeas a otros en defensa propia.
0 (nunca) 1 (algunas veces) 2 (muy a menudo)
20. Que tan a menudo te juntas con otras personas para confabularte contra alguien.
0 (nunca) 1 (algunas veces) 2 (muy a menudo)
21. Que tan a menudo portas un arma para usarla en alguna pelea.
0 (nunca) 1 (algunas veces) 2 (muy a menudo)
22. Que tan a menudo te enfureces o golpeas a alguien que te ha tomado el pelo.
0 (nunca) 1 (algunas veces) 2 (muy a menudo)
23. Que tan a menudo le gritas a otros para que hagan cosas para ti.
0 (nunca) 1 (algunas veces) 2 (muy a menudo)

CUESTIONARIO AGRESIÓN REACTIVA-PROACTIVA

HOJA DE CALIFICACIÓN

Nombre:

Edad:

Escolaridad:

Numero Expediente:

PROACTIVO	PUNTAJE	REACTIVO	PUNTAJE
2		1	
4		3	
6		5	
9		7	
10		8	
12		11	
15		13	

	17		14	
	18		16	
	20		19	
	21		22	
	23			
TOTAL INDIVIDUAL				
GLOBAL				

ESCALA REACCIÓN A LA PROVOCACIÓN (NAS)

Nombre:

Edad:

Escolaridad:

Numero Expediente:

Los enunciados describen cosas que las personas piensan, sienten y hacen. ¿Cuáles de estos enunciados son verdad para usted? Indique cuando: 1 (nunca es verdad); 2 (algunas veces es verdad); o 3 (siempre es verdad). Encierre en un círculo el número que mejor describa su personalidad.

1. Nunca es verdad

2. Algunas veces es verdad

3. Siempre es verdad

1	Noto cuando algo me molesta inmediatamente	1	2	3
2	Una vez que algo me enoja, sigo pensando en ello continuamente.	1	2	3
3	Cada semana conozco a alguna persona que me desagrada	1	2	3
4	Se que la gente habla de mi a mis espaldas	1	2	3
5	Algunas personas dirían que soy impulsivo	1	2	3
6	Cuando me enojo, permanezco enojado por horas	1	2	3
7	Siento mis músculos tensos y "engarrotados"	1	2	3
8	Camino en círculos de mal humor	1	2	3
9	Mi temperamento es rápido e hirviente	1	2	3
10	Cuando alguien me grita, yo le grito	1	2	3
11	He tenido que ser grosero con las personas que me molestan	1	2	3

12	Me dan ganas de romper cosas	1	2	3
13	Cuando una persona dice algo que me ofende, dejo de escucharla	1	2	3
14	No puedo dormir cuando he hecho algo malo	1	2	3
15	Si una persona no me cae bien, no me importa herir sus sentimientos	1	2	3
16	Confío en que la gente hará lo que dice	1	2	3
17	Cuando me enojo, es en serio	1	2	3
18	Cuando pienso en algo que me hace enojar, me enojo más y más	1	2	3
19	Me siento agitado y no me puedo relajar	1	2	3
20	Me enfurezco cuando alguien me interrumpe	1	2	3
21	Si alguien me molesta, primero reacciono y luego reflexiono	1	2	3
22	Si alguien no me agrada, tendré problemas con él	1	2	3
23	Cuando me enojo fácilmente, puedo golpear a alguien	1	2	3
24	Cuando me enojo, arrojó o golpeo cosas	1	2	3
25	Si alguien hace algo con mala intención, no lo olvido	1	2	3
26	Cuando alguien me hace enojar, pienso en vengarme	1	2	3
27	Si alguien me engaño, hare que lo lamente	1	2	3
28	Las personas actúan como si fueran honestas cuando en realidad ocultan algo	1	2	3
29	Cuando me enfurezco, deseo romper algo	1	2	3
30	Algunas personas se enfurecen pero lo superan, a mi me lleva más tiempo que a ellas	1	2	3
31	Tengo dificultades para dormir o para quedarme dormido	1	2	3
32	Muchas cosas sin importancia me molestan	1	2	3
33	Tengo un temperamento feroz que explota en cualquier momento.	1	2	3
34	A algunas personas se les debe decir: "desaparece"	1	2	3
35	Si alguien me golpea primero, yo también lo golpeo	1	2	3
36	Cuando me enojo con alguien, me desquito con el primero que encuentro	1	2	3
37	Cuando estoy enojado no me puedo concentrar	1	2	3
38	Siento que la vida me trata injustamente	1	2	3
39	Si alguien no me agrada, no encuentro razón para ser amable con él	1	2	3
40	Cuando alguien hace algo bueno por mí, me pregunto cuál es la razón oculta que tiene	1	2	3
41	Me hierve la sangre cuando alguien se burla de mí	1	2	3
42	Cuando me enojo con alguien, le aplico la ley del hielo	1	2	3
43	Me duele la cabeza cuando alguien me molesta	1	2	3

44	Me molesta cuando alguien hace las cosas del modo equivocado	1	2	3
45	Cuando me enojo, pierdo el control sin darme cuenta	1	2	3
46	Cuando quiero discutir con alguien, no me detengo hasta que él discuta conmigo	1	2	3
47	Algunas personas necesitan una golpiza	1	2	3
48	Si alguien me hace enojar, hablo mal de él con otras personas	1	2	3

PARTE B -NAS-

Los siguientes enunciados describen situaciones que pueden causar enojo. la escala del lado derecho describe el grado de enojo causad. Para cada enunciad, indique el grado de enojo que sentiría si dicha situación le pasara a usted. Encierre en un circulo el número elegido.

1. para nada enojado
2. moderadamente enojado
3. Enojado
4. Muy enojado

1	Ser criticado frente a otros por algo que hiciste	1	2	3	4
2	Ver a alguien abusar de otro más chico o más débil	1	2	3	4
3	Tratas de concentrarte pero alguien hace ruido	1	2	3	4
4	Las personas que actúan como "sabelotodo"	1	2	3	4
5	Ser regañado por los errores de otras personas	1	2	3	4
6	Estas haciendo fila y alguien se mete frente a ti	1	2	3	4
7	No recibir reconocimiento por hacer bien tu trabajo	1	2	3	4
8	Estas viendo la televisión y alguien llega y cambia de canal	1	2	3	4
9	La gente que no presta atención cuando les hablas	1	2	3	4
10	Que te sirvan la sopa fría o las verduras frías en la comida	1	2	3	4
11	Tener a alguien vigilándote mientras trabajas	1	2	3	4
12	Que te cobren demasiado por alguna reparación	1	2	3	4
13	Necesitas llegar pronto a una cita pero estas atrapado en un embotellamiento	1	2	3	4
14	La gente que cree que es mejor que tu	1	2	3	4
15	Traes una taza de café y alguien te golpea y se te cae	1	2	3	4
16	Alguien hace burla de la ropa que usas	1	2	3	4
17	Ser corregido por algo cuando otra persona que hizo lo mismo es ignorada	1	2	3	4
18	Te pones de acuerdo con una persona ara hacer algo y esta te deja plantado al último minuto	1	2	3	4

19	La gente que cree que siempre tiene la razón	1	2	3	4
20	Alguien te da problemas justo cuando te acabas de despertar en la mañana	1	2	3	4
21	Alguien revisa tus cosas sin tu permiso	1	2	3	4
22	Ser acusado por algo que no hiciste	1	2	3	4
23	Le prestas algo a alguien y nunca te lo regresa	1	2	3	4
24	Alguien que siempre te contradice	1	2	3	4
25	Es hora de comer y tienes hambre y alguien te juega una broma	1	2	3	4

ESCALA REACCIÓN A LA PROVOCACIÓN (NAS) -CALIFICACIÓN-

Nombre:

Edad:

Escolaridad:

Numero Expediente:

DOMINIO COGNITIVO	NUNCA ES VERDAD 1	ALGUNAS VECES ES VERDAD 2	SIEMPRE ES VERDAD 3	
Foco Atencional				Total
1	1	2	3	
13	1	2	3	
25	1	2	3	
37	1	2	3	
Rumiación				
2	1	2	3	
14	1	2	3	
26	1	2	3	
38	1	2	3	
Actitud hostil				
3	1	2	3	
15	1	2	3	
27	1	2	3	
39	1	2	3	
Susplicacia				
4	1	2	3	
16	1	2	3	
28	1	2	3	
40	1	2	3	
Total				

DOMINIO DE	NUNCA	ALGUNAS	SIEMPRE	
------------	-------	---------	---------	--

ACTIVIDAD	ES VERDAD 1	VECES ES VERDAD 2	ES VERDAD 3	
Intensidad				Total
5	1	2	3	
17	1	2	3	
29	1	2	3	
41	1	2	3	
Duración				
6	1	2	3	
18	1	2	3	
30	1	2	3	
42	1	2	3	

Tensión/actividad				
7	1	2	3	
19	1	2	3	
31	1	2	3	
43	1	2	3	
Irritabilidad				
8	1	2	3	
20	1	2	3	
32	1	2	3	
44	1	2	3	
Total				

PAR
TE
B

DOMINIO CONDUCTUAL	NUNCA ES VERDAD 1	ALGUNAS VECES ES VERDAD 2	SIEMPRE ES VERDAD 3	
Reacción impulsiva				Total
9	1	2	3	
21	1	2	3	
33	1	2	3	
45	1	2	3	
Agresión verbal				
10	1	2	3	
22	1	2	3	
34	1	2	3	
46	1	2	3	
Confrontación física				
11	1	2	3	

23	1	2	3	
35	1	2	3	
47	1	2	3	
Expresión indirecta				
12	1	2	3	
24	1	2	3	
36	1	2	3	
48	1	2	3	
Total				

	PARA NADA ENOJADO 1	MODERADAMENTE ENOJADO 2	ENOJADO 3	MUY ENOJADO 4	
Boicoteador del tratamiento					Total
1	1	2	3	4	
6	1	2	3	4	
11	1	2	3	4	
16	1	2	3	4	
21	1	2	3	4	
Unfairness/injusticia					
2	1	2	3	4	
7	1	2	3	4	
12	1	2	3	4	
17	1	2	3	4	
22	1	2	3	4	
Frustración/interrupción					
3	1	2	3	4	
8	1	2	3	4	
13	1	2	3	4	
18	1	2	3	4	
23	1	2	3	4	
Annoying traits o Rasgos molestos					
4	1	2	3	4	
9	1	2	3	4	
14	1	2	3	4	
19	1	2	3	4	
24	1	2	3	4	
Irritaciones					
5	1	2	3	4	
10	1	2	3	4	
15	1	2	3	4	
20	1	2	3	4	

25	1	2	3	4	
Total					

Escala de compromiso, respuesta y ganancia al Tratamiento

Servicio correccional de Canadá

Nombre:

Edad:

Escolaridad:

Numero Expediente:

Compromiso al tratamiento: Escala corta

1. Reconocimiento de problemas.

Este punto evalúa la valoración del delincuente /ofensor/ culpable respecto a su situación actual. Esto es evaluado en términos de la comprensión y apropiación de sus problemas. Aquellos que acepten su plena responsabilidad sin el proceso de racionalización obtendrán una calificación de "3". Aquellos que nieguen su responsabilidad obtendrán una calificación de "0"

Preguntas posibles (o sugerencias):

¿Escucha la lectura de la declaración de la víctima en el juzgado? Si así fue,

¿Cómo se sintió?

¿Qué siente acerca de si mismo? ¿Esta usted satisfecho o insatisfecho con la persona que es?

0 Considera el problema únicamente como el resultado de la acción de otras personas o circunstancias.
1 Considera el problema principalmente como el resultado de la acción de otras personas o circunstancias.
2 Se considera así mismo como parte del problema (apropiación parcial).
3 Se considera así mismo como el principal responsable del problema (apropiación).

2. Beneficio de un macro tratamiento. /macro terapia/

Este punto tiene como objetivo utilizar las consideraciones del delincuente con respecto a los beneficios generales de participar en un tratamiento.

Un delincuente que describe beneficios a largo plazo. (Por ejemplo: una vida estable con empleo, relaciones personales, no reincidencia en algún delito) y beneficios a corto plazo (Preliberación, menos condiciones para su libertad) derivados del tratamiento obtendrá una calificación de “3”. Aquellos que no encuentren ningún beneficio derivado del tratamiento obtendrán una calificación de “0”.

Preguntas posibles:

¿Qué cree que pasaría si no participa en el tratamiento (o si iniciara pero no termina)?

Si usted termina el programa de tratamiento,
(Qué tipo de beneficio podría obtener }

0 No ve ningún beneficio.
1 Puede identificar al menos un beneficio a largo plazo y uno de corto plazo.
2 Considera beneficios a largo plazo y corto plazo pero de forma limitada.
3 Considera con precisión beneficios a corto y largo plazo.

3. Beneficios de una “micro terapia”

Este punto evalúa la valoración del delincuente con respecto a la terapia. Aquellos que describan la terapia como benéfica para ellos y para otros (Familia, amigos, sociedad) obtendrá una calificación de “3”. Aquellos que no puedan identificar ningún beneficio obtendrán una calificación de “0”.

Preguntas posibles:

¿Por que cree usted que alguien debería participar en un terapéutico?

¿Por qué cree usted que alguien debe someterse a terapia?

¿Qué opina usted de manera general, acerca de recibir terapia? ¿Cree que las personas se benefician de ella? Si su respuesta es si ¿Cómo se benefician?.

0 No percibe beneficios de la terapia.
1 Percibe la terapia únicamente benéfica para el.
2 Percibe la terapia como beneficio para el o para otros.
3 Percibe la terapia como beneficio para el y para otros.

4. Angustia /Dolor derivados de la terapia.

Este punto tiene como finalidad llevar al delincuente a un estado emocional de angustia derivada de la terapia.

Delincuentes cuyo compromiso con la terapia sea acompañado o impulsado por angustia emocional (notable ansiedad o depresión) obtendrá una calificación de "3". Pero únicamente si reconocen la angustia.

Aquellos que están emocionalmente indiferentes y que no muestran interés en la necesidad de cambiar obtendrán una calificación de "0".

Preguntas posibles:

¿Cómo te hace sentir la idea de participar en una terapia?

(Si ya esta usted en tratamiento ¿Cómo se sentía antes de iniciarlo?)

¿Qué lo motiva a participar en la terapia? (búsqueda de signos de angustia, no en función de costo/beneficio.

0 Indiferente (ausencia de angustia) y no ve necesidad de terapia.
1 Angustiado pero no motivado a considerar algún cambio..
2 La angustia lo motiva a considerarlo algún cambia.
3 Evidencias de angustias emocionales y deseo de participar en la tarapia.

5. Metas terapéuticas /(objetiva).

La habilidad para identificar y crear metas terapéuticas que sean realistas derive su evaluación de lo que llamamos "establecer metas". Este punto considera el conocimiento y las habilidades necesarias par obtener una mejoría en la terapia Por ejemplo: Una persona con un largo historial en el abuso de sustancias obtendría una calificación de "0" si su meta fuese lograr la abstinencia sin seguir un programa de al menos cuatro meses. Obtendrá un "3" si fuese realizar y se percatara acerca del conocimiento y habilidades necesarias para lograr una mejoría derivada de la terapia.

Preguntas posibles:

¿Si usted fuera a participar en una terapia ¿Qué temas considera usted necesarios para llegar ala meta?

¿Qué haría para llegar a definir esos temas?

¿Cómo describiría el proceso terapéutico?

(Trate de definir si el sujeto piensa que la terapia en grupo es suficiente o si cree que se requiere algo más).

0 Sin capacidad para establecer metas realistas.
1 No es conciente del conocimiento y habilidades requeridas para obtener una mejoría derivada de la terapia.
2 De alguna manera logra establecer metas realistas.
3 Puede establecer metas realistas.

6. Conducta durante la terapia.

Este punto evalúa la motivación del delincuente con respecto a la terapia. Una indicación conductual de buena motivación debe reflejar, en la medida de lo posible, la asistencia puntual y regular tanto en las entrevistas individuales como en las sesiones de grupo, la entrega de tareas, disposición para obedecer los requerimientos de la terapia y/o comentarios positivos acerca de la terapia como un proceso, no como un resultado. Se necesita más de una de estos puntos para obtener un "3".

Preguntas posibles:

- ¿Has participado en alguna terapia con anterioridad?
- ¿Si lo has hecho ¿Qué diferencias notas entre esa terapia y la actual?
- ¿Cómo te enteraste de esta terapia?
- (Por ejemplo: Que tuvo que hacer para entrar a la terapia)

0 Indicaciones conductual de bajo motivación de manera continua.
1 Indicación de buena motivación pero no de manera constante.
2 De alguna manera hay indicaciones de de buena motivación.
3 Indicación de una conducta con buena motivación.

7. Congruencia conductual.

Este punto resulta la importancia de las declaraciones verbales y conductuales del delincuente con respecto a la terapia.

Si el delincuente nunca antes ha participado en alguna terapia este punto tomará en cuenta su conducta fuera de las sesiones y/o entrevistas "(Por ejemplo: Encuentros con el técnico penitenciario)"

Los delincuentes que afirmen estar motivados con la terapia pero que muestren incongruencia (no prestan atención, llegan tarde, faltan, no hacen las tareas y/o comentan falta de interés con otros compañeros) obtendrán una calificación de "0". Aquellos que sigan consistentemente en la terapia obtendrán "3".

Posibles preguntas:

- (Si usted ha participado en terapias anteriormente) ¿Cómo describiría su participación sus compañeros y la persona que impartió la terapia?
- (Si usted no ha participado en terapias anteriormente)
- ¿Cómo le describiría el técnico penitenciario con el que ha tomado la terapia?
- ¿Asistió a todas las entrevistas programadas con el?

0 Su conducta y sus declaraciones (respecto a su motivación) son inconsistentes.
1 Existen frecuentes incongruencias entre sus declaraciones y sus acciones (respecto a su motivación).
2 Existe algunas incongruencias entre sus declaraciones y sus acciones (respecto a su motivación).
3 Existe completa congruencia entre sus declaraciones y sus acciones (respecto a su motivación).

8. Apoyo externo en la terapia.

Este punto evalúa el grado de apoyo que el delincuente tiene de aquellos que le son importantes. Le permite al delincuente determinar quien es importante para el (preferentemente familiares, amigos, empleados o ministros religiosos). También le permite sondear el grado de apoyo que de ellos tienen. Aquellos sin apoyo obtendrán un "0". Aquellos con un gran apoyo obtendrán un "3".

Preguntas posibles:

- ¿Quiénes dirías que son la(s) persona(s) más importante(s) en tu vida?
- ¿Qué tipo de apoyo quiere(s) de esa(s) persona(s)?
- ¿Crees que te están apoyando? ¿Cómo redemuestran su apoyo?
- ¿Crees que esta(s) persona(s) cree(n) que tu puede(s) cambiar?

0 No informa apoyos externos para cambiar.
1 Informa un mínimo de apoyo extremo para cambiar
2 Informa un apoyo externo moderado para cambiar.
3 Informa un fuerte apoyo externo paracambiar.

Lectura terapéutica
Hoja de calificación.

Encierre en un círculo: Antes Después Cambio

1. Reconocimiento de problemas.
2. Beneficio de la macro terapia.
3. Beneficio de la micro terapia
4. Angustia derivada de la terapia
5. Mitos terapéuticos
6. Conducta durante la terapia
7. Congruencia conductual
8. Apoyo externo a la terapia.

Total

Cambio

Respuestas a la Terapia: Escala Corta

1. Insensibilidad.

Este punto describe delincuentes que no entendían el daño que han causado a otros. Por lo general, no se preocupan por otros excepto cuando los pueden utilizar. Para ellos, los demás les pertenecen y se sienten con el derecho de hacer lo que les venga en gana con total impunidad. Aquellos que siempre pongan sus necesidades sobre de los demás obtendrán un " 0 ". Aquellos que consideren importante la necesidad de los demás obtendrán un " 3 "

Preguntas posibles:

- ¿Puede tu familia depender de ti? De un ejemplo de cómo usted depende de alguien más.
- Se encuentra usted y alguien más en el desierto y solo le queda un poco de agua. ¿la compartirá usted con... su compañero de celda / con su amigo / con un familiar?.

0 utiliza a las personas para sus propias necesidades

1/ Es indiferente a las necesidades de otras

2/ Considera las necesidades de su familia o amigos cercanos.

3/ Considera las necesidades de otras

2 Negación:

Este punto evalúa hasta que grado el delincuente está consciente de su comportamiento criminal aquellos que niegan sus problemas obtienen " 0 ". Una forma de negación son las excusas; estas pueden dividirse en externas (Por ejemplo, drogas, alcohol, situación social) e internas (Por ejemplo, problemas o abusos en la infancia, enfermedades mentales). Aquellos delincuentes que reconocen plenamente sus problemas y que asumen completamente su responsabilidad obtendrán un " 3 ".

Preguntas posibles:

- ¿Cuál ha sido su participación en el delito que se le imputa
- ¿Cuáles diría usted que son sus mayores problemas?
- ¿Esta usted preocupado por su presente situación?
- ¿Cómo planea enfrentar este problema?
- ¿Qué dice el reporte policiaco acerca de su crimen?
- ¿Esta de acuerdo usted con dicho reporte? ¿Por qué? ¿Por qué no?

0 / Negación del problema. ("Es la culpa de ...")?

1/ Se rehúsa a aceptar que tiene un problema

2/ Acepta con reserva que tiene un problemas.

3/ Asume su responsabilidad

3 Aplazamiento.

Este punto permite medir la habilidad del delincuente para establecer y enfrentar objetivos en general. Aquellos que muestren falta de esfuerzo, incapacidad para llevar a cabo algo y falta de objetivos obtendrá un " 0 ". Aquellos que estén orientados y hagan acciones específicas en la búsqueda de algún objetivo obtendrá un " 3 ". Aquellos que se resisten, que no tengan voluntad de realizar tareas y que pongan pretextos cuando fallan en sus obligaciones también serán considerados.

Preguntas posibles:

- ¿Te describen como una persona comorable? Pon un Ejemplo.
- ¿Cómo describirían tus amigos tu habilidad para realizar lo que planeas?
- ¿Cuáles son tus metas en la vida?
- Da un ejemplo de alguna meta que te hayas propuesto y logrado

0/ No puede seguir un plan.

1/ Dificilmente sigue un plan

2/ De vez en cuando sigue un plan

3/ Muy orientado en sus planes.

4 Intimidación

Este punto considera la intensidad y expresión de la ira en situaciones interpersonales. A menudo las expresiones emocionales de ira son excesivas para una situación dada. Esto muestra, aun mismo tiempo, incapacidad para evaluar la situación y un bajo nivel de autocontrol . Aquellas que utilicen su evidente expresión de ira para controlar, manipular a otras obtendrán una calificación de “ 0 “. Aquellas que reconozcan que la ira es una emoción natural y la expresen de forma adecuada obtendrán un “ 3 “.

Posible Preguntas:

- ¿Alguna ves te has enojado tanto con alguien que has Deseado golpearlo? ¿Lo golpeaste?
- ¿Te has descrito como una persona de poca tolerancia?
- ¿Te has llamado alguna vez “abusivo”? ¿Por qué?
- ¿Qué haces cuando en verdad quieres que las cosas se hagan a tu manera?

0/ Usa la ira para intimidar y manipular a otros.

1/ Esta dispuesto a permitir que su ira le ayude a conseguir sus objetivos

2/ Esta conciente y preocupado acerca del impacto Negativo que su ira ocasionan a otros.

3/ No intimida a otros..

5 Poder y control

Este punto evalúa el grado en el cual el delincuente entiende y respeta los derechos de los demás en el trato cotidiano. Su concepto de justicia es eminentemente egocéntrico. Responde pobremente a la crítica y piensa que debe ganar a toda costa. Los delincuentes que obtengan “ 3 “ son Respetuosos y justos , sin personalismos. Aquellos que piensen que la vida es injusta y que son los amos de todo obtendrán un “ 0 “.

- Preguntas posibles
- ¿Qué piensa de la sentencia que se le a impuesto?
¿Creé que es justa?
- ¿Considera que la vida ha sido justa con usted o Siente que todo le ha sido desfavorable.?
- ¿Ha estafado alguna vez a un desconocido o alguien que sí conocía?

- 0/ Se enoja cuando se le puntualizan los derechos de los Demás o se le muestra que esta siendo injusto
- 1/ Siente que la vida es injusta así que “ toma lo que pueda “
- 2/ Siente que la vida es injusta así que cuídate ati mismo.
- 3/ Trata de ser justo al resolver un problema.

6 Inflexibilidad.

Este punto considera la habilidad del delincuente para encontrar soluciones efectivas para algún problema. Aquellos que demuestran habilidad de elaborar alternativas en la resolución de un problema. y sean flexibles para elegir una u otra obtendrán un “3 “. Aquellos que repitan una y otra vez una solución no efectiva y rehúsen considerar posibles alternativas obtendrán un “ 0 “. Este punto no debe limitarse a conductas criminales

Preguntas posibles.

- ¿ Tienes preocupaciones actualmente? ¿Cómo has enfrentado Esos problemas?¿Hay alguna u otra forma de abordar el Problema? Ya has intentado otra forma?
- ¿Qué tipo de cosas has intentado en el pasado para alejarte del crimen? ¿Hay algo más que aya intentado?

- 0/ Inflexible, se apeg a una solución , cuando esta no funcione
- 1/ Inicia con una solución que ya conoce pero tiene la capacidad de evaluarla.
- 2/ Considera nuevas soluciones para aplicar la que ya conoce.
- 3/ Flexible, intenta nuevas cosas.

7. Victimización

Este punto describe delincuentes que se caracterizan por autocomparerserse y se presentan así mismo como victimas. Aquellos que no aceptan su culpabilidad y busquen a otros que les ayuden en su situación obtendrán Una aplicación de “ 0 “. Aquellos que no se auto compadezcan y le sea

posible aprender con respecto a las consecuencias de su conducta obtendrá una calificación de “ 3 ” .

Preguntas posibles.

- ¿Cómo se siente en presente situación?
- ¿Cómo podría mejorar su situación?
- ¿Qué esta dispuesto a hacer para mejorar su situación?.

- 0/ Desea que otros arreglen su situación
- 1/ Solo quiere que las cosas sean mejores.
- 2/ Esta dispuesto aceptar las consecuencias de su comportamiento
- 3/ Acepta las consecuencias y aprende de ellas.

8 Actitud procriminal.

Este punto tiene como objetivo distinguir aquellos delincuentes cuyo índice criminal es alto, de aquellos que son esencialmente pro-sociales pero que esporádicamente han cometido un crimen. Aquellos que tienen una orientación criminal (“ 0 ”) se muestran orgullosos de ser criminales y se consideran en su derecho al actuar reacuero a sus valores y forma de pensar. Aquellos que en contraste, desechan las actitudes criminales, obtendrán una calificación de “ 3 ” Si reconocen su delito como circunstancial.

Posibles preguntas:

- ¿Qué piensas acerca de lo que hiciste?.
- ¿Cómo crees que otros ven tu conducta criminal?
- Respecto a tu delito ¿Cómo te comparas con otras (Aquí en el reclusorio con tus compañeros de celda)?
¿Dirías que tu delito es menor o peor? ¿Por qué?.

- 0/ Presenta un orgullo al ser criminal
- 1/ Presenta actitudes criminales, debido a su estilo de vida
- 2/ Presente algunos aspectos pro criminales
- 3/ Presenta tendencia a actitudes pro sociales.

Lectura terapéutica
Hoja de calificación.

Encierre en un círculo: Antes Después Cambio

1. Insensibilidad.
2. Negación
3. Aplazamiento.
4. Intimidación
5. Poder y control
6. Inflexibilidad
7. Intimidacci
8. Actitud pro-criminal

Total

Cambio

MEJORÍA OBTENIDA DEL TRATAMIENTO: ESCALA CORTA

1. Evidencia de habilidades adquiridas del programa

Este reactivo considera las habilidades específicas que el programa de tratamiento intenta impartir al ofensor. De nuevo, un alto marcador indica que el delincuente puede hacer algo mas que simplemente repetir en grupo aquello que le ha sido demostrado en sesiones previas de grupo.

- 0 nada
- 1 simplemente repetición de algunas habilidades
- 2 se adapta y entiende las cosas a grandes rasgos
- 3 muestra/refleja y aplica el uso de habilidades de forma exitosa en otras situaciones

2. Manejo de la información en el Tratamiento

Este reactivo considera el grado en el cual el ofensor comparte información. Dado que algunas veces los delincuentes difieren con respecto a su conveniencia y disposición para compartir información en grupo o en sesiones individuales,

ambas deben ser consideradas cuando se evalúe este reactivo. La puntuación mas alta está reservada para aquellos que libremente compartan información sobre cualquier tema, aun cuando la misma sea comprometedora, este tipo de manejo de la información refleja ganancia y una mejoría en el tratamiento.

- 0 resistente (se rehúsa a participar, boicoteador)
- 1. marginal (no es comunicativo)
- 2. satisfactorio (abierto a la comunicación en grupo)
- 3 óptimo (comunicativo, revela información extra en grupo)

3. Aplicación del conocimiento

Este reactivo considera el grado en el cuál el delincuente es capaz de aplicar los conocimientos adquiridos en el tratamiento a su propia situación y no solo con los otros miembros del grupo. La puntuación más alta esta reservada para aquellos que puedan aplicar la información y el conocimiento a sí mismos de manera sistemática y reflexiva.

- 0. pobre (incapaz de aplicar el conocimiento)
- 1. capaz de aplicar el conocimiento en terceras personas
- 2. capaz de aplicar el conocimiento a su propia situación y en la de otros
- 3. capaz de reflexionar y solucionar problemas en diversas situaciones (completamente consciente)

4. Aplicación de habilidades

Este reactivo considera el rango de habilidades obtenidas durante la participación en grupo. Estas habilidades no necesitan ser restringidas a las situaciones de la terapia en un rol determinado. Sin embargo, el personal que imparte el tratamiento debe tomar dicha participación como la más importante a considerar.

- 0 pobre (incapaz de aplicar las habilidades)
- 1. puede aplicar habilidades pero solo en grupo.
- 2. puede aplicar habilidades para si mismo
- 3. aplica las habilidades del juego de rol en otras situaciones y con terceras personas

5. Grado del involucramiento emocional al contenido del programa

Este reactivo intenta determinar si el delincuente esta emocionalmente conectado al contenido del programa y a los cambios requeridos por el tratamiento. Aquellos delincuentes que simplemente obedezcan las indicaciones y contesten adecuadamente sin estar involucrados emocionalmente recibirán una calificación de 0.

- 0. pobre (sin involucramiento emocional al tratamiento)
- 1. marginal (solo dice lo indispensable)
- 2. satisfactorio (cierto involucramiento emocional)
- 3. muy bien (el tratamiento para él es un reto emocional positivo)

6. Comportamiento apropiado en grupo

Este reactivo se enfoca en las fallas del delincuente para acatar las reglas e ignorar los límites personales, del instructor y de otros miembros del grupo cuando se le ha llamado la atención. Para calificar este reactivo es necesario distinguir entre aquellos delincuentes cuyo comportamiento inapropiado es debido a deficiencias en sus habilidades, de aquellos malintencionados. Una vez más, las calificaciones más altas serán para aquellos que desempeñen un papel efectivo al enfrentar un reto, en contraste con aquellos que sobrepasen los límites del comportamiento.

- 0. pobre (intrusivo, preguntas personales al equipo del tratamiento, abuso verbal)
- 1. marginal (hace comentarios sarcásticos contra el instructor y sus compañeros)
- 2. satisfactorio (sin problemas en el grupo)
- 3. muy bien (se opone al comportamiento inapropiado de otros)

7. Participación

Este reactivo es una estimación general de la participación del delincuente durante la duración del programa. Se debe considerar el comportamiento en grupo, nivel de atención, regularidad en la realización de tareas así como la calidad del trabajo realizado.

- 0. pobre (esfuerzo mínimo, pauperrima atención o de mala gana)
- 1. marginal (no tiene una participación activa de manera positiva)
- 2. satisfactorio (hace lo que se le indica pero no más)
- 3. muy bien (completo todas las actividades, activo en grupo, esta dispuesto a realizar tareas extras)

8. Alianza terapéutica

Este reactivo considera la relación entre el delincuente y el instructor del programa. Aquellos delincuentes que obtengan una calificación alta mostraran un apego al terapeuta, independientemente de la naturaleza de los retos durante el programa o de las recomendaciones contenidas en el reporte final. Lo que debe ser evitado es simplemente calificar a los delincuentes basados en su respuesta al

reporte final de su tratamiento. Más bien este reactivo intenta determinar si hubo cualquier tipo de conexión o compromiso entre el ofensor y el terapeuta.

0. Pobre (confrontativo, resistente)
1. Marginal (declaraciones superficiales, contrario a la opinión del terapeuta)
2. Satisfactorio (buena expresión y sentido de cooperación con el terapeuta)
3. Muy bien (evidencia de involucramiento emocional con el terapeuta).

Lectura terapéutica Hoja de calificación.

Encierre en un círculo: Antes Después Cambio

1. Evidencia de habilidades adquiridas del programa
2. Manejo de la información
3. Aplicación del conocimiento
4. Aplicación de habilidades
5. Grado del involucramiento emocional al contenido del programa
6. Comportamiento apropiado en grupo
7. Participación
8. Alianza terapeutica

Total

Cambio

ANEXO 3

COMPONENTES Y CRONOGRAMA DEL PROGRAMA "RAZONAMIENTO Y REHABILITACIÓN" PARA INTERNOS VIOLENTOS

COMPONENTES Y CRONOGRAMA DEL PROGRAMA "RAZONAMIENTO Y REHABILITACIÓN" PARA INTERNOS VIOLENTOS

Entrevista motivacional

1. Entrevista individual de una sola sesión de 1 a 2 horas. con los internos, basada en los principios de la entrevista motivacional de Miller y Ronald, (1990).

Autocontrol

2. Fase educativa o de información (3 sesiones)

COMPONENTES	MESES			
	1	2	3	4
ENTREVISTA MOTIVACIONAL (individual)				
AUTOCONTROL				
META COGNICIÓN				
HABILIDADES DE SOLUCIÓN COGNITIVA DE PROBLEMAS INTERPERSONALES.				
HABILIDADES SOCIALES				
CONTROL EMOCIONAL				
RAZONAMIENTO CRÍTICO				
CONCIENCIA DE LA VÍCTIMA				

1. Curso abreviado sobre los principios básicos del aprendizaje.
2. Identificar el problema sobre el que se trabajará.

3. Fase de entrenamiento. (28 sesiones)

1. Técnicas para facilitar el control de conducta:

1. Auto-observación, autorregistro, autoevaluación autocorrección, de forma Adicional se evalúan los pensamientos relacionados.
2. Tareas terapéuticas entre sesiones (Relajación Muscular Progresiva - 30 sesiones-)
3. Práctica de asertividad ante situaciones de boicot (6 sesiones).

2. Técnicas de planificación ambiental

1. Control de estímulos.- modificar las propias condiciones físicas o psicofisiológicas, cambiar la configuración estimular física o social.
 2. Contratos de contingencias (reconocimientos institucionales).
 3. Entrenamiento en el empleo de respuestas alternativas (salutogenos)
3. Técnicas de programación conductual: Autorreforzamiento negativo, reestructuran las consecuencias.

Metacognición

1. Fase educativa o de información: Explicación del modelo abc de la TRE, explicación de las características de ideas irracionales (3 sesiones).
2. Fase de entrenamiento: (12 sesiones)
 1. Ejercicios de automonitoreo de cogniciones, emociones y conducta ante situaciones problema.
 2. Autoevaluación de ideas irracionales del pensamiento y lenguaje interno, identificación de estados emocionales, conductas y respuestas fisiológicas consecuentes de pensamiento irracional.
3. Retroalimentación grupal

Habilidades de solución cognitiva de problemas interpersonales.

1. Fase de educación o información (3 sesiones)
 1. Explicar el modelo completo se la TRE: ABCDE
2. Fase de entrenamiento: (15 sesiones)
3. D: Enseñar como analizar, debatir y cuestionar cogniciones que derivan en problemas interpersonales, como comprender y considerar los valores, conductas y sentimientos de sí mismo y otros, cómo apreciar el modo en que su conducta afecta a sí mismos y otras personas y porqué los otros le responden en el modo en que lo hacen.
4. E. hace énfasis en los efectos y consecuencias del debate empírico o cuestionamiento de las creencias irracionales.

Habilidades sociales

1. Fase educativa: (3 sesiones)

1. Detallar modelo explicativo y génesis problemas en las interacciones sociales, formas inadecuadas de relacionarse y defender sus derechos, modificar creencias erróneas.
2. Instrucciones específicas sobre respuestas concretas de la siguiente fase (habilidades a trabajar); resaltar importancia de conducta no verbal y aserción; hace énfasis en consecuencias de conducta desadaptativa.

Fase de entrenamiento (18 sesiones)

1. Instrucciones; modelado (videos); Ensayo de conducta (rol playing) y retroalimentación; Tareas externas para promover la generalización.

Control Emocional.

1. Fase educativa: Entendiendo el enojo (3 sesiones)

2. Entrenamiento (12 sesiones)

1. Reconociendo nuestro enojo/monitoreo del enojo.
2. Identificar patrones iniciales/incremento de la conciencia de nuestros pensamientos/ creencias: cambiando pensamientos negativos a adaptativos
3. Permaneciendo en control de nuestro enojo, Uso de parar el pensamiento y relajación.
4. Afrontación con la provocación mediante la asertividad (rol playing y videos)
5. Expresión del enojo asertivamente (ensayos en vivo)
6. Recaída/prevenición de la recaída (identificar y ensayar situaciones de alto riesgo para reincidir en la violencia)
7. Retroalimentación grupal

Razonamiento Crítico: (9 sesiones)

1. Entrenamiento: Aplicación de técnica de debate empírico y dialogo socrático para hace énfasis en la enseñanza cómo pensar lógica, objetiva y racionalmente sin sobre generalizar, distorsionar los hechos o externalizar la culpa.

Principio de terapia de ayuda: (El resto del tratamiento):

1. Inducción a los delincuentes a que sean terapeutas o maestros de otros, o que trabajen en servicios comunitarios para los que son menos afortunados que ellos y que utilicen las habilidades de solución de problemas.

Conciencia de la víctima:

1. Entrenamiento (7 semanas)

2. Acercamientos a la víctima: Enfoque del debate de creencias irracionales relacionadas al egocentrismo.
3. Proyección de películas centrándose en la víctima y su condición de vulnerabilidad.
4. Role playing: delincuentes desempeñando el rol de víctimas.
5. Finalmente en las discusiones de grupo tomamos delincuentes que describen sus propias experiencias como víctimas. La mayoría de los delincuentes han sido víctimas ellos mismos.

Evaluación del programa

- Se utilizarán instrumentos que se ha demostrado son sensibles a cambios derivados de tratamientos: Reacción a la provocación de Novaco, (1995); Agresión proactiva y reactiva de Raine (in press).
- Se basará en un diseño pre-postest.
- De forma diaria se registrará en bitácora y en el informe de T.Pxs de todas las actividades del programa.
- Todas las actividades serán evaluadas cada mes de aplicación por acuerdo intrajueces, es decir, mediante el análisis de los desvíos y avances del programa por parte de los psicólogos involucrados en el mismo.

ANEXOS CLÍNICOS

Taller de Relajación Muscular Progresiva

Al inicio de la primera sesión se dará a los participantes una breve introducción y explicación de esta técnica.

Se hará mención de la importancia de sentir la tensión y relajación de los músculos que se le vayan indicando, también es importante mencionarle a los presentes que será necesario que dividan en un principio su cuerpo en 16 grupos musculares (tabla 1.1) los cuales se trabajaran de esta manera durante 2 semanas posteriormente se trabajara con 7 grupos musculares (tabla 1.2) durante 2 semanas y finalmente se trabajara con 4 grupos musculares (tabla 1.3) durante un lapso de tiempo igual al anterior; al concluir esta última fase, se realizara durante una semana únicamente la evocación de la relajación (ver tabla 1.4).

Nota: en cada sesión se trabajara cada grupo muscular dos veces consecutivas y al final evocará la respuesta de relajación por todos los grupos musculares trabajados (ver tabla 1.4).

Grupos musculares correspondientes al entrenamiento básico propuesto por Bernstein y Borkovec (1973).

1. Mano y antebrazo dominante
2. Bíceps dominante
3. Mano y antebrazo no dominante
4. Bíceps no dominante
5. Frente
6. Parte superior de las mejillas y nariz
7. Parte inferior de las mejillas y mandíbulas
8. Cuello y garganta
9. Pecho, hombros y parte superior de la espalda
10. Región abdominal o estomacal
11. Muslo dominante
12. Pantorrilla dominante
13. Pie dominante
14. Muslo no dominante
15. Pantorrilla no dominante
16. Pie no dominante

Grupos musculares correspondientes al entrenamiento intermedio propuesto por Bernstein y Borkovec (1973).

1. Mano y brazo dominantes
2. Mano y brazo dominantes

3. Cara
4. Cuello y garganta
5. Tórax, hombros, espalda y abdomen
6. Pie y pierna dominantes
7. Pie y pierna no dominantes

Tabla 1.3 Grupos musculares correspondientes al entrenamiento avanzado propuesto por Bernstein y Borkovec (1973).

1. Mano y brazos
2. Cara y cuello
3. Tórax, hombros, espalda y abdomen
4. Pies y piernas

EVOCACIÓN DE LA RELAJACIÓN.

En esta fase de la técnica que, como ya se menciono, se realizara al final de la sesión. Consiste en que el instructor haga un recorrido por todos los grupos musculares que trabajó, empezando por las puntas de los pies hasta llegar al cuero cabelludo, el instructor deberá guiar al asistente para que este pueda traer a su cuerpo la sensación de relajación a todo su cuerpo.

Las indicaciones pueden realizarse de la siguiente manera: ahora sienta como se relajan poco a poco sus pies... se sienten ligeros, descansados... esta sensación reconfortante sube por sus pantorrillas ... ahora llega a sus muslos, la tensión que pudo haber sentido desaparece, sus músculos se relajan, siéntalo, esto ocurre lentamente... (Al terminar se le reafirma a la persona a que sienta el estado de completa relajación en la que se encuentra todo su cuerpo, posteriormente se realizara una cuenta regresiva del 10 al 0 y en el numero 2 se indicara a los asistentes que comiencen a abrir sus ojos lentamente.)

Se debe mencionar que “el entrenamiento en relajación progresiva consisten en aprender a tensar y luego relajar, secuencialmente, varios grupos de músculos a lo largo de todo el cuerpo además de enseñarle como relajarse, también le estimularemos a aprender a reconocer y discriminar la tensión y la relajación, sin su cooperación activa y su práctica regular de las cosas que aprenderá hoy, los procedimientos serán de poca utilidad. En la relajación progresiva, queremos que aprenda a producir reducciones de tensión mayores y más evidentes y la mejor manera de hacerlo es producir primero bastante tensión en el grupo de músculos para después relajar.”

Nota: la fase de tensión muscular tendrá una duración de 7 a 5 seg. y la fase de relajación de 15 a 20 seg.

ACTIVIDAD	DURACIÓN	MATERIAL	OBJETIVOS	AREA
<p>Relajación Muscular Progresiva</p> <p>Paso 1: Introducción y explicación de la técnica.</p> <p>Procedimiento: Sentarse en una silla confortable o si es posible recostarse y no cruzar ni piernas y brazos. Hacer una respiración profunda completa; hacerlo lentamente. Otra vez. Después alternativamente tensamos y relajamos grupos específicos de músculos. Después de tensionar un músculo, este se encontrara más relajado que antes de aplicar la tensión. Se debe concentrar en la sensación de los músculos, específicamente en el contraste entre la tensión y la relajación.</p> <p>Nota: "Cada grupo muscular se trabajara dos veces consecutivas".</p> <p>Para guiar el curso correcto de la técnica el instructor deberá de guiarse de las tablas 1.1, 1.2 y 1.3 y adaptar las instrucciones siguientes a lo que se está trabajando, las siguientes instrucciones pueden ser modificables según el criterio del instructor.</p> <p>Paso 2:</p> <p>Instrucciones: "Empezaremos entrenando la mano y el antebrazo [..]. Le pediré que tense los músculos de la mano y</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tensar 5-7 segundos. • Relajar 15-20 segundos. 	Sillas	Los participantes reconocerán todas las sensaciones relacionadas con la tensión y la subsecuente evocación de la relajación de manera voluntaria.	Autocontrol

<p>antebrazo derechos apretando el puño. Ahora debe ser capaz de sentir la tensión en su mano, en los nudillos, en el antebrazo. ¿Puede sentir esa tensión? De acuerdo, bien. Después de que hemos relajado ese grupo de músculos iremos al del bíceps derecho y le pediré que lo tense empujando el codo contra el brazo del sillón. Debe ser capaz de obtener una sensación de tensión en el bíceps sin incluir los músculos del antebrazo y la mano. ¿Puede sentir la tensión ahí, ahora? [...]. Después que hemos completado la relajación de la mano, del antebrazo y del bíceps derecho, nos trasladaremos a los músculos de la mano y antebrazo izquierdos, tensándolos y relajándolos de la misma manera que en el brazo derecho. También, tensaremos y relajaremos los músculos de bíceps izquierdo igual que hicimos con el derecho".</p> <p>"Después que hemos relajado los brazos y las manos, relajaremos los músculos de la cara y, con fines conceptuales, vamos a dividirlos en tres grupos, primero, los músculos del área de la frente (parte superior de la cara), luego los de la parte central (parte superior de las mejillas y la nariz), y finalmente la parte inferior (mandíbulas y parte inferior de las mejillas)". Empezaremos con los músculos de la parte superior y le pediré que los tense levantando las cejas</p>				
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

<p>tan alto como pueda, generando tensión en la frente y hacia arriba, en la región del cuero cabelludo. ¿Puede sentir esa tensión ahora?. [.....].</p> <p>"Muy bien. Ahora bajaremos a los músculos de la parte central de la cara. Para tensar estos músculos le pediré que bizquee y que a la vez arrugue la nariz, obteniendo tensión en la parte central de la cara. ¿Puede sentir la tensión aquí, ahora? Vale muy bien. Seguidamente le tensaremos los músculos de la parte inferior y para hacer esto le pediré que apriete los dientes y que lleve las comisuras de la boca hacia atrás. Debe sentir tensión en la parte inferior de la cara y las mandíbulas. ¿Siente la tensión en este área de cara, ahora?."</p> <p>"Bien. Después que hemos completado los músculos faciales iremos a relajar los del cuello y, para lograr esto, voy a pedirle que empuje la barbilla hacia abajo, contra el pecho, y a la vez intente realmente evitar que toque el pecho. Es decir, quiero que contraponga los músculos de la parte frontal del cuello con los de la parte posterior. Debe sentir un poco de temblor o sacudida en estos músculos cuando los tensa. ¿Puede sentir eso, ahora?".</p> <p>"De acuerdo, bien Pasaremos a los músculos del pecho, los hombros y la espalda. Vamos a combinar</p>				
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

<p>aquí unos cuantos músculos y le pediré que los tense haciendo una respiración profunda, manteniéndola y al mismo tiempo colocando los omoplatos de los hombros juntos, es decir, lleve los hombros hacia atrás e intente que los omoplatos se toquen. Debe sentir tensión significativa en el pecho, los hombros y la parte superior de la espalda. ¿Puede sentir esa tensión, ahora? De acuerdo, bien".</p> <p>"Nos trasladaremos a los músculos del abdomen y para tensarlos le voy a pedir que ponga su estómago duro, póngalo tenso como si pensara que le van a golpear en él. debe sentir una gran tensión y tirantez en el área del estómago. ¿Puede sentir esa tensión, ahora? Muy bien".</p> <p>"Después de relajar los músculos del estómago, pasaremos a los de las piernas y pies y comenzaremos con la parte superior de la pierna y muslo derechos. Le voy a pedir que ponga en tensión la parte superior de la pierna derecha contraponiendo el músculo largo encima de la pierna con los más pequeños de la parte de atrás. Debe sentir que el gran músculo de la parte superior está duro. ¿Lo puede sentir, ahora? Muy bien".</p> <p>"Ahora vamos a pasar a los músculos de la pantorrilla derecha, la parte inferior de la pierna y le pediré que</p>				
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

<p>tense aquí los músculos tirando de los dedos hacia arriba, en dirección a la cabeza. Tiene que sentir la tensión a través de toda el área de la pantorrilla. ¿Puede sentir esa tensión, ahora? Vale, muy bien. Ahora, va a poner en tensión los músculos del pie derecho y para hacer esto tiene que estirar la punta del pie, girándolo hacia dentro y curvando, al mismo tiempo, los dedos. No tense los músculos demasiado, sólo lo suficiente para sentir la tirante debajo del arco y en el empeine del pie. ¿Siente la tensión, ahora? Muy bien".</p> <p>"Vamos a dirigirnos a los músculos de la parte superior de la pierna izquierda tensándolos y relajándolos tal y como lo hicimos en el lado derecho. Luego seguiremos con los músculos de la parte inferior utilizando igualmente los mismo procedimientos que empleamos en el lado derecho y finalmente el pie izquierdo, tensándolo y relajándolo del mismo modo".</p> <p>"[.....]".</p> <p>"Otro punto importante a recordar es que espero que elimine inmediatamente la tensión que acumula en esos grupos de músculos cuando se lo indique. Por favor, no deje que la tensión se disipe gradualmente. Por ejemplo, cuando ha estado tensando los músculos de la mano y del antebrazo derechos, le pediré que se relaje, y</p>				
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

<p>cuando lo pida me gustaría que usted completa o inmediatamente, descargue toda la tensión que tiene en estos músculos. No abra gradualmente la mano, deje que toda la tensión se vaya al mismo tiempo".</p> <p>"Una vez que hemos relajado un grupo de músculos es mejor que estos no se muevan, [...]. No tema moverse, pero no haga movimientos innecesarios durante la sesión. También le voy a pedir que no hable durante la sesión, se comunicará conmigo por medio de señales con la mano. [...]"</p> <p>Paso 3: terminado el recorrido por todos los grupos musculares se dará inicio a la evocación (ver tabla 1.4).</p> <p>Nota: el entrenamiento tiene 4 fases: en la primera se le enseña al participante la relajación sobre 16 grupos de músculos (2 semanas), continuando con el aprendizaje de la relajación sobre 7 grupos de músculos (2 semanas) y finalmente la práctica se reduce sobre 4 grupos de músculos (2 semanas) y se concluye con un periodo de una semana de evocación a la relajación.</p>				
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--