



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TRABAJO DE INVESTIGACION ESTRUCTURADO DE MANERA
INDEPENDIENTE**

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE

**“FUNCIONES COGNITIVAS DEL LÓBULO FRONTAL Y SU RELACIÓN CON
LOS RASGOS DE PERSONALIDAD ANTISOCIAL DE LOS INTERNOS DEL
PABELLÓN 1 DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL DE AMBATO EN
EL PERÍODO ENERO SEPTIEMBRE DEL 2012”.**

Requisito previo para optar por el título de Psicóloga Clínica

AUTORA: Coba Ruiz, Jenny Alexandra

TUTOR: Egd. Msc. Guzmán Hallo, Byron Miguel Psc. Cl.

Ambato – Ecuador

Mayo, 2013

APROBACION DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del trabajo de investigación sobre el tema:

“FUNCIONES COGNITIVAS DEL LÓBULO FRONTAL Y SU RELACIÓN CON LOS RASGOS DE PERSONALIDAD ANTISOCIAL DE LOS INTERNOS DEL PABELLÓN 1 DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL DE AMBATO EN EL PERÌODO ENERO SEPTIEMBRE DEL 2012”, de Jenny Alexandra Coba Ruiz, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Febrero del 2013

EL TUTOR

Egd. Msc. Guzmán Hallo Byron Miguel Psicólogo Clínico.

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de esta tesis dentro de las regulaciones de la universidad siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Febrero del 2013

LA AUTORA

Jenny Alexandra Coba Ruiz

APROBACION DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del tribunal Examinador aprueban el informe de Investigación, sobre el tema: “ **FUNCIONES COGNITIVAS DEL LÓBULO FRONTAL Y SU RELACIÓN CON LOS RASGOS DE PERSONALIDAD ANTISOCIAL DE LOS INTERNOS DEL PABELLÓN 1 DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL DE AMBATO EN EL PERÌODO ENERO SEPTIEMBRE DEL 2012**” de Jenny Alexandra Coba Ruiz, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Mayo del 2013

Para constancia firman

.....

DEDICATORIA

*Este trabajo investigativo está dedicado a mi familia,
que siempre tiene el optimismo de darme ánimo,
especialmente a mis padres quienes han luchado incansablemente para sustentar mi
formación superior,
a mi tutor quien ha sido mi compañero de batalla, de esfuerzos y alegrías,
a mis docentes quienes brindaron luz en mis días oscuros,
al público en general quien busque algún tipo de conocimiento en este documento.*

Con Cariño

Jenny Alexandra

AGRADECIMIENTO

Al culminar una etapa de mi vida, y el comienzo de otra.

Quiero dar gracias a todas aquellas personas que depositaron su confianza en mí, en especial al Dr. Ítalo Fernando Rojas Cueva quien formó los pilares de la psicología en mí, A Miguel Guzmán Tú fuiste esa persona quien siempre estuvo allí, en los momentos más difíciles de mi existencia y fuiste también quien confió en mí desinteresadamente

Gracias por darme ánimo en mis caídas.

A las instituciones que abrieron sus puertas y me brindaron sabiduría cada momento.

Gracias Papá y Mamá sin ustedes no podría haber llegado donde estoy.

Y a mi Familia por inyectar el combustible necesario para seguir adelante

Jenny Alexandra

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLINICA

“FUNCIONES COGNITIVAS DEL LÓBULO FRONTAL Y SU RELACIÓN CON LOS RASGOS DE PERSONALIDAD ANTISOCIAL DE LOS INTERNOS DEL PABELLÓN 1 DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL DE AMBATO EN EL PERÍODO ENERO SEPTIEMBRE DEL 2012”.

Autora: Coba Ruiz, Jenny Alexandra

Tutor: Egd. Msc. Guzmán Hallo, Byron Miguel Psicólogo Clínico

Fecha: Febrero del 2013

RESUMEN

Para la presente investigación, el objetivo fue determinar la relación de las funciones cognitivas del lóbulo frontal con los rasgos de personalidad antisocial en los internos del pabellón #1 del Centro de Rehabilitación Social de Ambato, Provincia del Tungurahua.

El lugar de la investigación se radico en el Centro de Rehabilitación Social de la ciudad de Ambato a partir del mes de Enero hasta el mes de Agosto del 2012, las personas que forman parte de este trabajo son 30 personas privadas de libertad pertenecientes al pabellón #1.

Se obtuvo información a través de las entrevistas clínicas realizadas a cada persona privada de libertad, así como por la realización de Historias Clínicas Psicológicas,

también se diseñó un cuestionario basado en los criterios diagnósticos del DSM IV para personalidad antisocial, se aplicó también el test abreviado Wonderlic de funciones cognitivas. Los resultados fueron tabulados y están expuestos en el capítulo IV.

A través de la investigación realizada se pudo comprobar la relación directa del lóbulo frontal con los rasgos de personalidad antisocial en los internos del pabellón #1 del Centro de Rehabilitación Social de Ambato, ya que esta información respalda los datos estadísticos obtenidos a través de los instrumentos aplicados a cada uno de los internos.

PALABRAS CLAVES:

LOBULO_FRONTAL, FUNCIONES_COGNITIVAS, PERSONALIDAD,
ANTOSOCIAL

TECHNICAL UNIVERSITY AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CLINICAL PSYCHOLOGY RACE

“FRONTAL LOBE COGNITIVE FUNCTIONS AND ITS RELATIONSHIP WITH ANTI-SOCIAL PERSONALITY TRAITS OF INTERNAL FLAG 1 OF SOCIAL REHABILITATION CENTER IN THE PERIOD JANUARY AMBATO SEPTEMBER 2012”

Author: Coba Ruiz, Jenny Alexandra

Tutor: Egd. Msc. Hallo Guzman, Miguel Byron Clinical Psychologist

Date: February, 2013

SUMMARY

For this research, the objective was to determine the relationship of cognitive functions of the frontal lobe with antisocial personality traits in inmates flag # 1 Social Rehabilitation Center of Ambato, Tungurahua Province.

The place of research he settled in the Social Rehabilitation Center of the city of Ambato from the month of January to september of 2012, people who are part of this work are 30 detainees belonging to the pavilion # 1.

Information was obtained through clinical interviews with each detainee, as well as conducting Psychological Health Records, also designed a questionnaire based on the DSM

IV diagnostic criteria for antisocial personality test was also applied short Wonderlic cognitive functions. The results were tabulated and are presented in Chapter IV.

Through the investigation it was found the direct relationship of the frontal lobe with antisocial personality traits in inmates flag # 1 Social Rehabilitation Center of Ambato, as this information supports the statistical data obtained through the instruments applied to each of the inmates.

KEYWORDS:

COGNITIVE_FUNCTIONS, FRONTAL_LOBE, PERSONALITY, ANTISOCIAL.

INDICE GENERAL DE CONTENIDOS

APROBACION DEL TUTOR.....	ii
DERECHOS DE AUTOR	iii
APROBACION DEL JURADO EXAMINADOR	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
RESUMEN.....	vii
SUMMARY	ix
INTRODUCCION	1
CAPITULO I.....	2
1.1 TEMA DE LA INVESTIGACION.....	2
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.3 ÁRBOL DEL PROBLEMA	5
1.4 PROGNOSIS	6
1.5 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
1.6 PREGUNTAS DIRECTRICES	7
1.7 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	8
1.8 JUSTIFICACION	9
1.9 OBJETIVOS.....	11
CAPITULO II	12
MARCO TEORICO.....	12
2.4) CATEGORIAS FUNDAMENTALES	21
2.5) FORMULACIÓN DE LA HIPOTESIS.....	22
FUNDAMENTACIÓN TEORICA.....	23
• Sistema nervioso	23
• Sistema Nervioso Central	23
• Cerebro	24

• La anatomía del Lóbulo Frontal	26
• Las Funciones del Lóbulo Frontal	27
• Los circuitos fronto-basales	30
• Los complejos frontales sintomáticos	31
• El síndrome frontal	32
• Los diferentes tipos de síndromes frontales son:	32
• Función del lóbulo frontal	38
• Introducción: la complejidad del lóbulo frontal	39
• El área motora.....	40
• El área prefrontal (dorsolateral).....	42
• El área paralímbica.....	42
• Grupo A (trastornos raros o excéntricos).....	52
• Grupo B (trastornos dramáticos, emocionales o erráticos).....	52
• Grupo C (trastornos ansiosos o temerosos).....	53
CAPITULO III.....	69
METODOLOGIA	69
3.1.) Enfoque	69
3.2.) Modalidad Básica de la Investigación	69
3.3) Nivel o Tipo de Investigación	70
3.4) Población y Muestra	70
3.5) OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	71
3.5.1 Variable Independiente: Funciones cognitivas del lóbulo frontal	71
3.5.1 Variable Dependiente: Rasgos de Personalidad Antisocial	72
3.6) Plan de recolección de información	73
3.6.1) Historias clínicas	73
3.6.2) Cuestionario rasgos de personalidad antisocial basado en los criterios diagnósticos del DSM IV TR	73
3.6.3) Test de funciones cognitivas Wonderlic Abreviado	73
3.7) Procesamiento de información	74
CAPITULO IV.....	75

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	75
4.2) VERIFICACION DE LAS HIPÓTESIS	143
4.2.2) Verificación	143
CAPITULO V	147
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	147
5.1) Conclusiones:	147
CAPITULO VI.....	149
PROPUESTA.....	149
6.1 Datos Informativos	149
6.1.1 Tema:	149
6.1.2 Institución ejecutora:	149
6.1.3 Beneficiarios:	149
6.1.4 Ubicación:	149
6.1.5Tiempo estimado para la ejecución:	150
6.1.6 Equipo Técnico Responsable:	150
6.4 Objetivos	153
6.4.1 General	153
6.4.2 Específicos	153
6.6Fundamentación Teórica	154
6.6.1 Introducción	154
• La técnica	156
• El curso del entrenamiento.....	157
• Recomendaciones prácticas	158
6.8 Metodología	164

INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación tiene como tema: **“FUNCIONES COGNITIVAS DEL LÓBULO FRONTAL Y SU RELACIÓN CON LOS RASGOS DE PERSONALIDAD ANTISOCIAL DE LOS INTERNOS DEL PABELLÓN 1 DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL DE AMBATO EN EL PERÌODO ENERO SEPTIEMBRE DEL 2012”**

La importancia de la presente arraiga en conocer la relación de las funciones cognitivas del lóbulo frontal con los rasgos de personalidad antisocial, con el objetivo de verificar la hipótesis Las funciones cognitivas se relacionan con los rasgos de personalidad antisocial, en los internos del pabellón #1 del Centro de Rehabilitación Social de Ambato, en el periodo Enero Agosto del 2012.

Esta investigación, contiene el análisis a nivel mundial, nacional y provincial de un problema social se desarrolla en 4 capítulos los cuales podrán extender la información de manera detallada conteniendo una base teórica y una exhaustiva investigación estadística que permite palpar cuantitativamente el problema, finalmente se emplea un método de propuesta para de alguna manera solucionar o disminuir la intensidad del mismo.

Culmino el trabajo con el material empleado para la obtención de datos como cuestionarios y test, y se ilustra con fotografías del Centro.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 TEMA DE LA INVESTIGACION

“FUNCIONES COGNITIVAS DEL LÓBULO FRONTAL Y SU RELACIÓN CON LOS RASGOS DE PERSONALIDAD ANTISOCIAL DE LOS INTERNOS DEL PABELLÓN 1 DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL DE AMBATO EN EL PERÌODO ENERO SEPTIEMBRE DEL 2012”

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1) Contextualización

Macro

Las primeras investigaciones se centraron en los años 80, siendo el estudio del lóbulo frontal una de los aspectos más intrigantes y prácticamente nuevos en el estudio de las neurociencias. Anteriormente se tenían concepciones generales de las aflicciones que se presentaba a raíz de un traumatismo, de una lesión, o algún factor interno, uno de los casos más estudiados fue el de **Phineas P. Gage**, que como consecuencia de severos daños en el cerebro, especialmente en el lóbulo frontal debido a un accidente laboral, la misma que ocasionó cambios comportamentales y Pseudopatía.

Leonor Welt, de Zürich, en 1888, muestra la aparición de “cambios de carácter”, sobre todo bajo el modo de fallas éticas, como consecuencia de lesiones en la superficie orbitaria del lóbulo frontal. Es la primera investigación realizada.

- La tesis de Welt ha sido desarrollada cuarenta años más tarde por Karl Kleist. Este investigador, en su comunicación sobre “trastornos de los rendimientos del yo” (1931) y en su monumental Patología cerebral (1934), señala claramente el vínculo entre lesiones orbitarias y perturbaciones en la conducta ética.
- Para Kleist, la corteza orbitaria es el sitio donde se elaboran los sentimientos comunitarios. Considera, entonces, que los psicópatas antisociales deben ser personas con defectos orbitarios. En 1937 aparece “Sobre la significación de la corteza basal”. Su autor es Hugo Spatz, quien llama “corteza basal” al conjunto orbitotemporal que aquí denominamos “neocortex ventral”. Siguiendo las ideas de Welt y de Kleist, señala Spatz las perturbaciones éticas que surgen como consecuencia de las lesiones orbitarias. Este autor afirma, con toda razón, que la corteza basal es el fundamento de los más elevados procesos mentales. De esta manera podemos decir que, hace más de medio siglo, el papel ético de la corteza orbitaria estaba definitivamente demostrado.

Meso

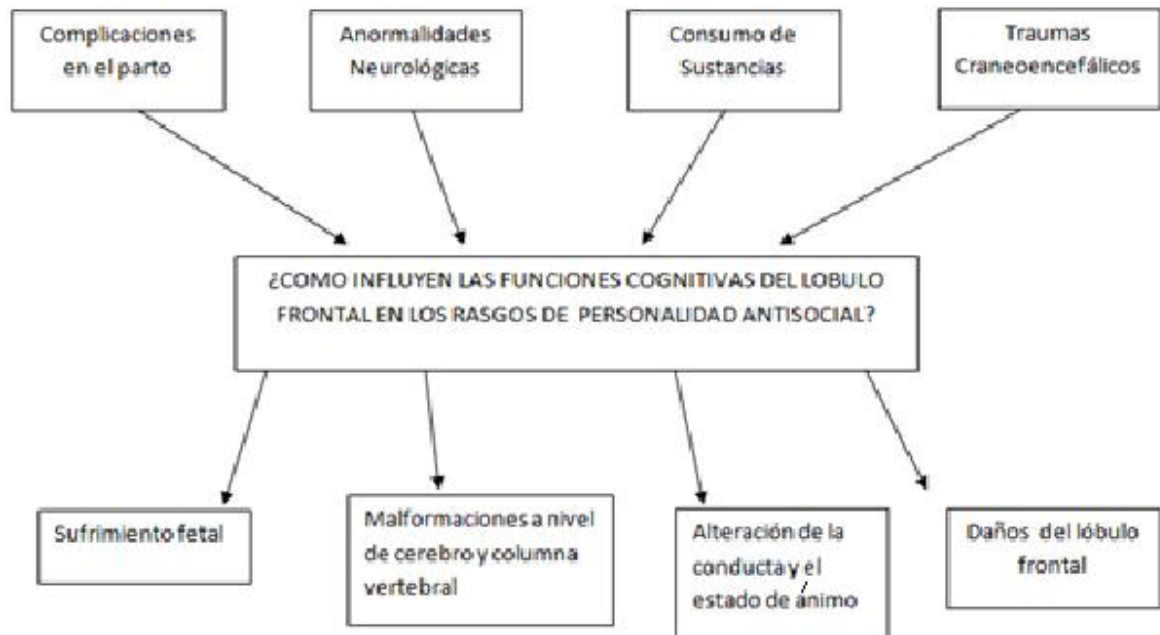
- En América Latina el psiquiatra argentino Dr. Hugo Marietan, (1951) realizó varias investigaciones acerca de un caso que conmocionó a España, Manuel Delgado Villegas, 'El Arropiero', fue detenido en 1971 en El Puerto tras asesinar a su novia. Después confesó medio centenar de crímenes: fue el mayor 'serial killer' de España. Marietan enfatiza en el estudio científico especialmente del componente genético implicado en la psicopatía.
- Posteriormente el Dr. James Santiago Grisolia, director de la Sección de Neurología del Scripps-Mercy Hospital y Profesor de Neurociencias en la Universidad de

California, realiza varias investigaciones en relación a los psicópatas seriales entre ellos centra su atención en algunas investigaciones forenses en América Latina. Grisolia introdujo algunas de las investigaciones realizadas en EEUU, en torno a las lesiones cerebrales producidas en la infancia, que terminarán desarrollando la psicopatía en el individuo una vez adulto.

Micro

- En nuestro país, existen muy pocos trabajos de investigación que hayan indagado sobre psicopatía, se ha trabajado sobre casos clínicos tales como: Pedro Alonso López (el monstruo de los Andes), Juan Fernando Hermosa (el niño del terror), Daniel Camargo (la bestia de los andes), los cuales han sido objeto de estudio.
- En la provincia del Tungurahua no existen investigaciones preliminares que determinen la involucración de áreas anatómicas y fisiológicas en cometimientos de diferentes tipos de delitos, siendo la presente, la primera investigación anatómico funcional, conductual la cual favorecerá el engrandecimiento de las ciencias psicológicas en nuestra ciudad.
- Siendo un problema latente en el centro carcelario por el mismo motivo es necesario la realización de la investigación

1.3 ÁRBOL DEL PROBLEMA



1.3.1 ANÁLISIS CRÍTICO

- En los últimos años la tasa de delincuencia ha ido en aumento y los crímenes son parte de los noticieros, siendo este uno de los factores que preocupan a la sociedad sin embargo en muchas ocasiones se pasa por alto el ámbito anatómico fisiológico del origen de este problema en cada uno de los individuos, si bien es cierto el factor ambiental juega un papel muy importante en el desarrollo del ser humano, los elementos anatómicos resaltan dentro de estos las complicaciones en el parto producen sufrimiento fetal tales como hipoxia, las anomalías neurológicas causarán malformaciones a nivel de cerebro y de columna vertebral, los traumas craneoencefálicos, el consumo de sustancias psicoactivas, producirán daños a nivel de lóbulo frontal, y producirán un cambio o una alteración de la conducta y el

estado de ánimo impulsando en muchos casos a ser el protagonista de algún tipo de delito, ya que estas causas afectan directamente a la conducta del ser humano.

1.4 PROGNOSIS

En el centro de rehabilitación social se encuentran varias personas las cuales han cometido infracciones de diferentes tipos en las que se ve reflejado los rasgos de personalidad, por este motivo y por la carencia de investigaciones neuropsicológicas he decidido emprender esta investigación, es preciso el estudio de este problema ya que a nivel mundial la población carcelaria es alrededor de 1 persona por cada 1000 ciudadanos.

El sistema carcelario en el Ecuador es muy deficiente ya que el presupuesto de los ministerios es muy bajo, en relación al contrato de varios profesionales especializados para el tratamiento de las distintas patologías encontradas en las cárceles o sistemas penitenciarios ecuatorianos.

Es muy importante trabajar sobre la etiopatogenia de la personalidad antisocial ya que es una de las más frecuentes en Centros de Rehabilitación Social alrededor del 60% de la población carcelaria la padece, sin embargo en anteriores años no se ha buscado ¿cuál es la relación entre funciones cognitivas y los rasgos de personalidad antisocial? es un cuestionamiento muy importante ya que permitirá un tratamiento adecuado para cada persona privada de libertad, si no se da solución a este problema la sociedad se enfrentara a hombres de personalidad antisocial a los cuales la terapia psicológica no surta el efecto deseado, al ser un problema anatómico debería trabajarlo en equipo multidisciplinario.

Es necesario que se cree un plan integral dirigido a entender el problema que ha existido décadas atrás y que seguirá existiendo.

El presente trabajo pretende estudiar integralmente desde la perspectiva neuropsicológica un problema que es evidente día a día, el deterioro de las funciones cognitivas que podrían verse afectadas e ir empeorando día a día, factor que ayude al apareamiento de nuevas patologías.

1.5 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿CUÁL ES LA RELACION ENTRE LAS FUNCIONES COGNITIVAS DEL LOBULO FRONTAL Y LOS RASGOS DE PERSONALIDAD ANTISOCIAL EN LOS INTERNOS DEL PABELLON # 1 DEL CENTRO DE REHABILITACION SOCIAL DE AMBATO?

1.6 PREGUNTAS DIRECTRICES

- 1.6.1 ¿Cuáles son las funciones psicológicas sobresalientes manejadas por el lóbulo frontal?
- 1.6.2 ¿Cuáles son los rasgos de personalidad antisocial predominantes en los internos del pabellón #1?
- 1.6.3 ¿De qué manera se podría estimular las funciones psicológicas del lóbulo frontal en los internos del pabellón #1?

1.7 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

1.7.1 Delimitación de contenido

CAMPO: Salud

AREA: Psicológica

ASPECTO: Lóbulo frontal y su incidencia en los rasgos de personalidad antisocial

1.7.2 Delimitación espacial

ESPACIAL: Provincia Tungurahua, Cantón Ambato, se trabajara con 30 internos del pabellón #1 del Centro de Rehabilitación Social.

1.7.3 Delimitación temporal

TEMPORAL: Este problema fue estudiado en el periodo de Enero hasta Septiembre del 2012

1.8 JUSTIFICACION

El centro de Rehabilitación Social de la ciudad de Ambato se formó como una institución pública autónoma que tiene como tareas específicas: ejecutar penas, rehabilitar y reinsertar a las personas privadas de la libertad se fundamenta en la ética, el profesionalismo, la justicia y el respeto de los derechos humanos garantizando la asistencia y rehabilitación integral a los internos, proporcionando un ambiente adecuado, para que reorganicen sus vidas desarrollando actividades de valor social en el campo educativo, laboral, convivencial e interrelación del sistema.

Siendo una entidad responsable de la aplicación de procedimientos técnicos y actualizados de reinserción social a las personas privadas de libertad a través de la asistencia a sus procesados y tratamiento a los sentenciados contando con talento humano especializado, comprometido con calidad humana, provisto de equipamiento suficiente y adecuado dentro de un marco legal apropiado con un alto nivel de desarrollo institucional y correcta asignación de sus recursos con el objetivo de cumplir el papel que le asigna la ley en beneficio de la seguridad y desarrollo nacional.

- Es de vital importancia la realización de la presente investigación ya que muchas personas se preguntan el porqué del cometimiento del delito sin darse cuenta que no solo el ambiente afecta al hombre sino también causas de origen orgánico.
- Actualmente no existen trabajos investigativos relacionados con el presente tema es por esta razón que el Centro de Rehabilitación ha brindado facilidades para la realización de esta investigación, siendo prioritaria la búsqueda de alternativas de solución, tales como Talleres de estimulación neuropsicológica a los internos, ya que estos permitirán la reactivación de las funciones psicológicas que en los internos se encuentren desaprovechadas.

- Siendo esta la primera investigación que busca dar respuesta a varias de las interrogantes que me he planteado como estudiante de psicología, se ha estudiado la etiopatogenia, la evolución, el diagnóstico y el tratamiento de este problema, enfocándose a la individualidad de cada uno de los internos.

1.9 OBJETIVOS

1.9.1 GENERAL

- Investigar la relación de las funciones cognitivas del lóbulo frontal en los rasgos de personalidad antisocial en los internos del pabellón #1 del centro de rehabilitación social de Ambato.

1.9.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Analizar la influencia de las funciones cognitivas lóbulo frontal y su patología en los internos del pabellón #1
- Determinar los rasgos predominantes de personalidad antisocial
- Proponer latécnica de relajación progresiva de Jacobson modificada por Wolpe para reducir niveles de agresividad e impulsividad en los internos del pabellón # 1 del Centro de Rehabilitación Social de Ambato.

CAPITULO II

MARCO TEORICO.

2.1) INVESTIGACIONES PREVIAS

Posterior a la búsqueda de los repositorios digitales de la red de universidades del Ecuador se ha podido obtener las siguientes investigaciones que muestran una relación con alguna de las variables del presente trabajo:

ESTUDIO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA EN MENORES INFRACTORES DE 14 A 16 AÑOS DEL CENTRO DE ADOLESCENTES INFRACTORES (CAI) VIRGILIO GUERRERO”

Del estudio se obtuvo las siguientes conclusiones:

- Se evaluaron Funciones Ejecutivas en Menores Infractores de 14 a 16 años del CAI Virgilio Guerrero, y se determinó la presencia de alteraciones en los Lóbulos frontales y en funciones ejecutivas.
- Se analizó la capacidad de regulación e inhibición y resistencia a la interferencia con la aplicación del Test de Colores y Palabras Stroop, en el que se pudo evidenciar que el 93% presenta baja resistencia a la interferencia y a la capacidad de inhibición de respuestas automáticas, capacidad propia y específicamente vinculada al lóbulo frontal
- Se investigó la Flexibilidad Cognitiva con la aplicación del Test de Tarjetas de Wisconsin, en la que se observó que el mayor porcentaje de los evaluados tienen puntajes bajos hasta extremadamente bajos; esta prueba evalúa el razonamiento abstracto y la capacidad para cambiar las estrategias cognitivas, en respuesta a contingencias ambientales cambiantes asociados con el funcionamiento del lóbulo frontal.
- Se evaluó la capacidad de planificación en los menores infractores, con la aplicación del test Torre de México de ENI, en la que se observaron puntajes bajos

y extremadamente bajos; esta prueba es utilizada ampliamente en la evaluación de la capacidad de planeación, es particularmente sensible al daño prefrontal y de las funciones de selección y secuenciación de acciones para la conducta a futuro.

- La presencia de alteraciones en las funciones ejecutivas evaluadas nos permite establecer una correlación entre el Síndrome Disejecutivo y el apareamiento de conductas disociales en los menores infractores investigados.
- Examinando los antecedentes prenatales y perinatales determinando que las madres de los investigados durante el embarazo estuvieron expuestas a maltrato físico, consumo de drogas y alcohol, mala alimentación, los mismos que son factores predisponentes de tipo etiopatogénico determinantes en el apareamiento de alteraciones en los lóbulos frontales y de las funciones ejecutivas en algún momento de la vida del individuo.
- Al analizar los antecedentes socioeconómicos de los menores infractores y se evidenció que el mayor porcentaje pertenece a familias disfuncionales, la situación económica es regular y mala, los mismos que son factores de riesgo que desencadenaron en conductas delictivas en menores 148 infractores con antecedentes de alteraciones en el lóbulo frontal y por ende en las Funciones ejecutivas.

ESTUDIO NEUROFISIOLÓGICO DE LA MEMORIA DECLARATIVA EN EL HOMBRE

Posterior a la realización del trabajo se concluye que:

- No encontramos diferencias significativas en los déficits cognitivos en el grupo total de pacientes entre los sometidos a lobectomía temporal y los sometidos a amigdalohipocampectomía.
- Los pacientes que se sometieron a lobectomía temporal habiendo fallado el test de Wada mostraron mayores déficits de memoria visual que aquellos que pasaron el test de Wada.
- Los pacientes que se sometieron a lobectomía temporal habiendo fallado el test de Wada mostraron una correlación positiva entre la puntuación del test

de Wada prequirúrgico y la puntuación de cambio en la Escala para Memoria revisada de Wechsler.

- El test de Wada es un buen predictor prequirúrgico, para los déficits de memoria verbal en aquellos pacientes que se someten a lobectomía temporal y no en los pacientes sometidos a amigdalohipocampectomía.
- Los pacientes que se sometieron a amigdalohipocampectomía no sufrieron déficits cognitivos postquirúrgicos significativos.
- La existencia de respuestas evocadas por la estimulación eléctrica con pulsos únicos permite estudiar las conexiones funcionales de la corteza humana in vivo.
- El lóbulo temporal tiene un alto índice de conexión interno entre las distintas estructuras y un menor índice de conexión externo, lo que está a favor de la formación
- El lóbulo frontal también tiene un alto índice de conexión interno entre sus distintas estructuras.
- Las conexiones interlobares ipsi laterales no fueron tan frecuentes como las conexiones intralobares.
- Las proyecciones contralaterales son abundantes para la corteza frontal y escasas para el lóbulo temporal.
- La estimulación unilateral medial temporal con pulsos únicos no produce efectos en la memoria de reconocimiento.
- La estimulación bilateral medial temporal produjo fuertes déficits para el reconocimiento de palabras y caras

EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD ANTISOCIAL DESDE LA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA Y CONDUCTUAL (SISTEMATIZANDO EL CONOCIMIENTO CRIMINOLÓGICO Y PSICOLÓGICO)

El autor al terminar su investigación concluye que:

- La tendencia actual en el ámbito penal es el de castigo y aunque mucho se sugiera sobre un estudio de la personalidad, poco se ha logrado avanzar, es necesario

reconstruir a la Criminología y que esta tenga una mayor evolución académica como laboralmente, se requiere más pensamiento positivista en la Legislación mexicana como alguna vez lo lograría FERRI tras su muerte, la Criminología Crítica ha tomado gran fuerza, pero junto con esa fuerza debe tener múltiples opciones para combatir la criminalidad y modificar el sistema judicial y penitenciario.

2.2) FUNDAMENTACION FILOSÓFICA

Los filósofos que sostenían que la mente controla la conducta ven “la mente” como algo indivisible. Varias propuestas se dieron a conocer desde la antigua Grecia hasta los egipcios quienes consideraban que el cerebro y en sí estaba un poder divino y místico. Sin embargo en el siglo XIX, el problema de la relación entre el cerebro se convirtió en una cuestión especialmente crucial tanto para los fisiólogos y como para los psicólogos, que empezaban a prestar atención al estudio de la naturaleza y localización de las funciones cerebrales.

De un modo difuso y general, la idea de localización cerebral ha sido utilizada desde la antigüedad. Una noción de "alma" globalmente relacionada con el cerebro, por ejemplo, puede ser encontrada en la obra de Pitágoras, Hipócrates, Platón, Erasístrato y Galeno, entre otros. Los fisiólogos de la Edad Media tales como Avicena o Ibn al-Nafis pensaban que las capacidades mentales estaban localizadas en el fluido de los ventrículos. Sin embargo, cuando expiró la creencia en los espíritus animales, también lo hizo la hipótesis ventricular, y en 1784, cuando Jiri Prochaska publicó *sue functionibus systematis nervosi*, el interés se había trasladado hacia el tronco cerebral y el cerebro.

Los primeros pasos decisivos hacia estos fines pueden encontrarse en la obra de Franz Josef Gallen el año de (1758-1828) los cuales tuvieron gran relevancia en aquellas épocas.

Respecto al cerebro, sin embargo, los resultados fueron bastante diferentes. El corte completo de los hemisferios producía un daño difuso en todas las funciones mentales superiores -la percepción, el intelecto y la voluntad, variando el daño en función de la extensión y no de la localización de la lesión. Si permanecían los tejidos adecuados, la función podía ser restaurada, pero la ablación total conducía a una pérdida permanente de la función.

A partir de estos resultados, Flourens en el año de 1824, en sus estudios denominados *Recherches expérimentales sur les propriétés et les fonctions du système nerveux*, concluyó que mientras las funciones sensoriomotoras están diferenciadas y localizadas subcorticalmente, las funciones mentales superiores tales como la percepción, la voluntad y el intelecto, están extendidas por todas las partes del cerebro, operando en conjunto como un único factor y con la totalidad del cerebro funcionando de modo unitario como su "lugar exclusivo".

Alexander Bain (1818-1903) realizó una importante contribución al clima intelectual, primera demostración específica de la localización cortical de la función sensoriomotora. Esta contribución consiste en el asociacionismo sensoriomotor que puso en marcha en *The Senses and the Intellect* y *The Emotions and the Will*, publicadas por primera vez en 1855 y 1859 respectivamente y revisadas en cuatro ediciones entre 1894 y 1899.

Sin embargo fueron pocos que consideraban que el estudio de las diferentes partes del cerebro adquiere un papel importante en la conducta del ser humano.

La primera teoría general que expuso la idea de que el cerebro cumple funciones distintas fue la teoría fenomenológica del anatomista alemán Franz Josef Gall (1758-1828), y su colega Johann Casper Spurzheim (1776-1832) realizó varios descubrimientos importantes dentro de la neuroanatomía que por, si mismos, les dieron un lugar en la historia

2.3) FUNDAMENTACION LEGAL

Código Penal de Ecuador

Al percatarme de una revisión exhaustiva del código penal del Ecuador se ha encontrado que el Título III DE LA IMPUTABILIDAD Y DE LAS PERSONAS RESPONSABLES DE LAS INFRACCIONES Capítulo I que habla de la RESPONSABILIDAD reza lo siguiente:

- Art. 32.- Nadie puede ser reprimido por un acto previsto por la ley como infracción, si no lo hubiere cometido con voluntad y conciencia.
- Art. 33.- Repútanse como actos conscientes y voluntarios todas las infracciones, mientras no se pruebe lo contrario; excepto cuando de las circunstancias que precedieron o acompañaron al acto, pueda deducirse que no hubo intención dañada al cometerlo.
- Art. 34.- No es responsable quien, en el momento en que se realizó la acción u omisión, estaba, por enfermedad, en tal estado mental, que se hallaba imposibilitado de entender o de querer . Si el acto ha sido cometido por un alienado mental, el juez que conozca de la causa decretará su internamiento en un hospital psiquiátrico; y no podrá ser puesto en libertad sino con audiencia del ministerio público y previo informe satisfactorio de dos médicos designados por el juez y que de preferencia serán psiquiatras, sobre el restablecimiento pleno de las facultades intelectuales del internado.
- Art. 35.- Quien, en el momento de realizar el acto delictuoso estaba, por razón de enfermedad, en tal estado mental que, aunque disminuida la capacidad entender o de querer, no le imposibilitaba absolutamente para hacerlo, responderá por la infracción cometida, pero la pena será disminuida como lo establece este Código.
- Art. 36.- Cuando la acción u omisión que la ley ha previsto como infracción, es en cuanto al hecho y no al derecho, resultante del engaño de otra persona, por el acto de la persona engañada responderá quien le determinó a cometerlo

El Código Penal tipo latinoamericano: "no es culpable quien, en el momento de la acción u omisión, y por causa de enfermedad mental, de desarrollo psíquico incompleto o retardado, de grave perturbación de la conciencia, no tuviere la capacidad de comprender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esa comprensión".

2.4) FUNDAMENTACION PSICOLÓGICA

La fundamentación psicológica se desarrolla en 3 ejes, la neuropsicología, neuropsicología clínica, y la psicología de la personalidad con sus respectivas ramas que permitirán hacer un estudio extenso y detallado.

La neuropsicología es una disciplina fundamentalmente clínica, que converge entre la neurología y la psicología. La neuropsicología estudia los efectos que una lesión, daño o funcionamiento anómalo en las estructuras del sistema nervioso central causa sobre los procesos cognitivos, psicológicos, emocionales y del comportamiento individual. Estos efectos o déficit pueden estar provocados por traumatismos craneoencefálicos, accidentes cerebrovasculares o ictus, tumores cerebrales, enfermedades neurodegenerativas.

La neuropsicología cognitiva es una rama de la psicología cognitiva cuyo objetivo es dilucidar el modo en que determinadas estructuras y funciones cerebrales se relacionan con procesos psicológicos concretos. Hace especial hincapié en el estudio de los efectos cognitivos de los daños cerebrales y las enfermedades neurológicas con vistas a desarrollar modelos explicativos del funcionamiento cognitivo normal. Esta disciplina se basa en el estudio de casos clínicos de pacientes con daños cerebrales que muestran déficits en determinadas áreas cerebrales, así como en el de aquellos pacientes que muestran disociaciones dobles. A partir de los resultados obtenidos en estos estudios, los investigadores infieren la existencia de determinadas áreas cerebrales con un alto grado de especialización funcional. Cabe establecer una distinción con la neurociencia cognitiva, que también se interesa por el daño cerebral, pero se centra específicamente en la investigación de los mecanismos neuronales que subyacen a los procesos cognitivos.

La psicología de la personalidad es una rama de la psicología que estudia la personalidad y las diferencias entre individuos. Sus áreas de estudio se focalizan especialmente en:

- La construcción de un cuadro coherente de una persona y sus procesos psicológicos más importantes.

- La investigación de diferencias individuales entre los sujetos, esto es, como puede diferir una persona de la otra.
- La investigación de la naturaleza humana, esto es, como el comportamiento de las todas las personas es similar.

La personalidad puede ser definida como un conjunto organizado de características que posee una persona que influye en forma única sobre su cognición, su motivación, y comportamiento en diferentes situaciones. La palabra personalidad tiene origen en el término latino persona, que significa máscara. Es para remarcar que en las obras teatrales en el antiguo mundo de habla latina, la máscara no estaba al servicio del argumento teatral para disfrazar la identidad de un personaje sino más bien era una convención empleada para representar o encarnar a dicho personaje. La psicología de la personalidad estudia también nuestro autoestima y carácter.

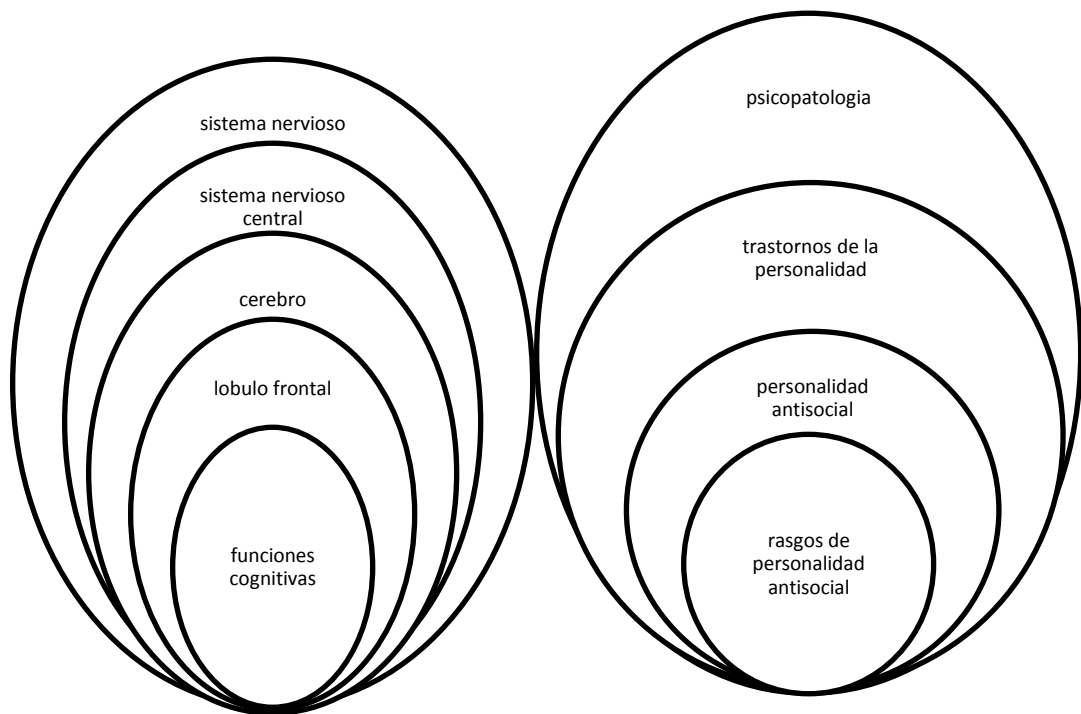
El psicólogo estadounidense Gordon Allport (1937), pionero en esta área, describió dos caminos fundamentales para estudiar la personalidad, el nomotético y el idiográfico. La psicología nomotética se encarga de la búsqueda de leyes generales aplicables a diferentes personas, como el principio de la auto-actualización, mientras que la psicología idiográfica intenta entender los aspectos únicos de un individuo en particular. la personalidad es algo que muchas personas (por lo común adolescentes) ocupan para ser aceptados en grupos sociales.

El estudio de la personalidad tiene un largo camino recorrido en la historia de la psicología, aunque concretamente la psicología de la personalidad no se puede considerar una ciencia, cuenta con una abundante tradición teórica. Entre las teorías más importantes se pueden incluir la de perspectiva psicodinámica, humanista, biológica, behaviorista (comportamiento) y la perspectiva del estudio social. No existe un consenso general en la psicología sobre la definición de "personalidad". La mayoría de los investigadores y psicólogos no se identifican explícitamente a con una perspectiva concreta y frecuentemente adoptan un enfoque ecléctico. Algunas investigaciones empíricas se llevan

a cabo a través del modelo de los 5 grandes mientras que otros ponen énfasis en desarrollos teóricos como la psicodinámica.

2.4) CATEGORIAS FUNDAMENTALES

Gráfico #1



VARIABLE INDEPENDIENTE \longleftrightarrow VARIABLE DEPENDIENTE

2.5) FORMULACIÓN DE LA HIPOTESIS

- **Hipótesis General**

- Las funciones cognitivas se relacionan con los rasgos de personalidad antisocial, en los internos del pabellón #1 del Centro de Rehabilitación Social de Ambato, en el periodo Enero Agosto del 2012.

- **Hipótesis Específicas**

- Los rasgos de personalidad antisocial predominante en los internos del pabellón #1 del Centro de Rehabilitación Social son la impulsividad y la agresividad.
- Las funciones cognitivas tales como el lenguaje, la planificación y la memoria se encuentran conservadas en los internos del pabellón #1.
- Las técnicas de relajación disminuyen los índices de agresividad e impulsividad.

Unidad de Observación

Internos del pabellón #1 del Centro de Rehabilitación Social de Ambato

2.6) SEÑALAMIENTO DE LAS VARIABLES DE LA HIPOTESIS

Variable Independiente

Funciones Cognitivas del Lóbulo Frontal

Variable Dependiente

Rasgos de personalidad Antisocial

FUNDAMENTACIÓN TEORICA

Variable Independiente

Funciones Cognitivas del Lóbulo Frontal

- ***Sistema nervioso***

El sistema nervioso es el rector y coordinador de todas las funciones, conscientes e inconscientes del organismo, consta del sistema cerebroespinal (encéfalo y médula espinal), los nervios y el sistema vegetativo o autónomo.

A menudo, se compara el sistema nervioso con un computador: porque las unidades periféricas (órganos internos u órganos de los sentidos) aportan gran cantidad de información a través de los cables de transmisión (nervios) para que la unidad de procesamiento central (cerebro), provista de su banco de datos (memoria), la ordene, la analice, muestre y ejecute.

Sin embargo, la comparación termina aquí, en la mera descripción de los distintos elementos. La informática avanza a enormes pasos, pero aún está lejos el día que se disponga de un ordenador compacto, de componentes económicos y sin mantenimiento, capaz de igualar la rapidez, la sutileza y precisión del cerebro humano.

El sistema nervioso central realiza las más altas funciones, ya que atiende y satisface las necesidades vitales y da respuesta a los estímulos. Ejecuta tres acciones esenciales, que son la detección de estímulos, la transmisión de informaciones y la coordinación general.

- ***Sistema Nervioso Central***

Está constituido por el encéfalo y la médula espinal. Están protegidos por tres membranas: duramadre (membrana externa), aracnoides (intermedia), piamadre (membrana interna) denominadas genéricamente meninges. Además, el encéfalo y la médula espinal

están protegidos por envolturas óseas, que son el cráneo y la columna vertebral respectivamente. Se trata de un sistema muy complejo, ya que se encarga de percibir estímulos procedentes del mundo exterior así como transmitir impulsos a nervios y a músculos instintivamente. Las cavidades de estos órganos (ventrículos en el caso del encéfalo y conducto ependimario en el caso de la médula espinal) están llenas de un líquido incoloro y transparente, que recibe el nombre de líquido cefalorraquídeo. Sus funciones son muy variadas: sirve como medio de intercambio de determinadas sustancias, como sistema de eliminación de productos residuales y para mantener el equilibrio iónico adecuado, transporta el oxígeno y la glucosa desde la sangre hasta las neuronas y también es muy importante como sistema amortiguador mecánico.

Las células que forman el sistema nervioso central se disponen de tal manera que dan lugar a dos formaciones muy características: la sustancia gris, constituida por el soma de las neuronas y sus dendritas, además de por fibras amielínicas, y la sustancia blanca, formada principalmente por las prolongaciones nerviosas (dendritas y axones), cuya función es conducir la información, además de por fibras mielínicas que son las que le confieren ese color que presentan. En resumen, todos los animales cuyo cuerpo posee un sistema nervioso central están dotados de mecanismos nerviosos encargados de recibir y procesar las sensaciones recogidas por los diferentes sentidos y de transmitir las órdenes de respuesta de forma precisa a los distintos efectores. Y se puede decir que el sistema nervioso central es uno de los más importantes de todos los sistemas que se encuentran en dichos cuerpos.

- ***Cerebro***

El cerebro humano es el centro del sistema nervioso humano siendo un órgano muy complejo. Encerrado en el cráneo, tiene la misma estructura general que los cerebros de otros mamíferos, sin embargo su longitud es tres veces mayor, con un tamaño corporal equivalente. La mayor parte la constituye la corteza cerebral, una capa de tejido neuronal plegado que cubre la superficie del encéfalo. Especialmente amplios son los lóbulos

frontales, que están asociados con funciones ejecutivas, tales como el autocontrol, la planificación, el razonamiento y el pensamiento abstracto. La parte del cerebro asociada a la visión está también muy agrandada en los seres humanos.

El cerebro controla y regula las acciones y reacciones del cuerpo. Recibe continuamente información sensorial, rápidamente analiza estos datos y luego responde, controlando las acciones y funciones corporales. El tronco encefálico controla la respiración, el ritmo cardíaco, y otros procesos autónomos. El neocórtex es el centro del pensamiento de orden superior, del aprendizaje y de la memoria. El cerebelo es responsable del equilibrio corporal, coordinando la postura y el movimiento.

A pesar del hecho de que esté protegido por los espesos huesos del cráneo, suspendido en líquido cefalorraquídeo, y aislado de la sangre por la barrera hematoencefálica, la delicada naturaleza del cerebro humano lo hace susceptible a muchos tipos de daños y enfermedades. Las formas más comunes de daño físico son los daños internos por un golpe en la cabeza, un accidente cerebrovascular, o una intoxicación por ingerir diversas sustancias químicas que pueden actuar como neurotoxinas. La infección del cerebro es rara debido a las barreras que lo protegen, pero es muy grave cuando se produce. El cerebro humano también es susceptible de padecer enfermedades degenerativas, como El Parkinson, la esclerosis múltiple y el Alzheimer. Una serie de trastornos psiquiátricos, como la esquizofrenia y la depresión, se estima que son causadas al menos parcialmente por disfunciones cerebrales, aunque la naturaleza de tales anomalías cerebrales no es bien entendida.

- ***El lóbulo Frontal***

Introducción.

El lóbulo frontal constituye una estructura esencial en el desarrollo del sistema nervioso central (SNC). Los lóbulos frontales son la estructura más voluminosa del SNC del ser humano.

Su función se ha hecho equivalente a lo que en términos neuropsicológicos se denomina función ejecutiva, que engloba una serie de procesos encaminados a realizar conductas complejas del tipo toma de decisiones, consecución de metas, todas ellas importantes para la supervivencia adaptada del individuo a la sociedad a la que pertenece.

- ***La anatomía del Lóbulo Frontal***

Los límites anatómicos de los lóbulos frontales son la circunvolución central, al mismo tiempo los separa del lóbulo parietal, la cisura de Silvio, están divididos del lóbulo temporal, y el cuerpo calloso, son autónomos y de estructuras subcorticales (Damasio H 1989).

A nivel histológico, la corteza prefrontal es un área de asociación heteromodal o supramodal, lo que conlleva mayor complejidad a nivel de conectividad interneuronal. Respecto a esas conexiones, la corteza dorsolateral tiene conexiones recíprocas con regiones cerebrales asociadas al control motor (ganglios basales, corteza promotora, y área motora suplementaria), a la monitorización de los actos motores (corteza singular) y con áreas de procesamiento sensorial de alto nivel (áreas de asociación parietal). La corteza orbitaria mantiene conexiones con regiones asociadas al procesamiento emocional, como la amígdala, memoria (hipocampo) y procesamiento visual (áreas de asociación visual temporal), así como a su vez con la corteza dorsolateralprefrontal (GomezBeldarrain M 2007).

Desde el punto de vista de la lateralidad a nivel frontal, históricamente se han atribuido funciones de lenguaje a la corteza izquierda y funciones visuoespaciales a la corteza derecha. Sin embargo, Goldberg en el año 2001 en su estudio *Laterality and Geographic variable* afirma que esta dicotomía es muy simplista y preconiza el hecho de que la asimetría es fundamentalmente para guiar las conductas, bien por representaciones internas (conocimientos) en el caso del sistema frontal izquierdo; y externas (ambiente) en los derechos. Por Tanto, la corteza prefrontal izquierda sería dominante para funcionar en la

rutina diaria, mientras que la derecha sería crucial para afrontar nuevas situaciones. y que la corteza frontal está conectada con diversas estructuras subcorticales formando circuitos

Las conexiones frontosubcorticales comprenden:

-Un circuito oculomotor, que parte del área 8 de Brodmann, implicado en la dirección de la mirada.

-Un circuito motor que tiene su origen en el área motora suplementaria y cuya función sería el inicio y ejecución del movimiento.

-Circuitos prefrontales (dorsolateral, orbitario y circunvolución singular anterior).

Las conexiones frontocerebelosas son relevantes en los mecanismos de aprendizaje y control motor.

- ***Las Funciones del Lóbulo Frontal***

El lóbulo frontal es responsable de las llamadas funciones ejecutivas. Comprende las de mayor complejidad en cuanto a su definición se refiere. Suponen la capacidad organizativa, de planificación, razonamiento abstracto, solución de problemas, entre otras.

A continuación detallo dichas funciones:

-Capacidad de concentración, planificación y secuenciación de acciones de forma concreta (Zalla et al. 2003).

-Capacidad de anticipación respecto al futuro inmediato y visualizar las consecuencias de nuestros actos (Gilbert et al. 2004).

-Replantear las situaciones, flexibilidad mental de acuerdo al desarrollo de los planes(Hornak et al. 2004).

-La capacidad para pensar acciones alternativas y visualizar las posibilidades de éxito(Gomez et al. 2005).

-Solución de problemas.

-Valorar la viabilidad de emprender acciones desde distintos puntos de vista, tanto económico, como social o moral (Moll et al. 2002).

Al igual que a nivel estructural, el Lóbulo Frontal tiene una diversidad de funciones que son controladas por él.

Entre ellas, se encuentran:

- Motricidad: Se encarga del control de la motricidad voluntaria, de los programas motores.
- Funciones ejecutivas: La función ejecutiva es aquella que permite adoptar una serie de patrones de conducta que están dirigidas a un objetivo. Los componentes de esta función ejecutiva son 6 y una lesión en alguno de estos procesos puede comportar alteraciones en la función ejecutiva:
 - Dirigir la atención: hacia un determinado estímulo o información sensorial específica e inhibir los estímulos no relevantes.
 - Reconocer los patrones de prioridad: reconocer las jerarquías y el significado de los estímulos. Se trata de saber qué es lo más importante.
 - Formular una intención: reconocer y seleccionar las metas u objetivos.
 - Hacer el plano de consecución o logro: debe planificarse mediante el análisis de las actividades necesarias, reconocimiento de fuentes y necesidades y elección de estrategias. Deben tenerse en cuenta las propias capacidades para saber cuáles son las actividades o pasos necesarios.
 - Ejecutar el plan: El fallo más típico es el paso de la planificación a la ejecución. En este paso, se deben iniciar o inhibir actividades, valorar el progreso, modificar las estrategias según la propiedad del plan, mantener la secuencia de las actividades y el esfuerzo.
 - Reconocer el logro: Reconocer la necesidad de alterar el nivel de actividad, revisarla y generar nuevos planes. La función ejecutiva es claramente

frontal, es decir, no intervienen otros lóbulos. E incluso algunos autores consideran que es “la” función del lóbulo frontal. Cuando un paciente no es capaz de llevar a cabo la función ejecutiva, su conducta es cada vez más estereotipada y presenta dificultades en aquellas conductas ordenadas temporalmente.

- **Atención:** El arousal supone la capacidad de estar despierto y de mantener la alerta, así como de seguir órdenes o estímulos. El mutismo acinético y el coma vígil son dos alteraciones de la atención. Las lesiones frontales producen distractibilidad, lo que ocasiona una atracción anormal por todo el medio circundante. Cuando el lóbulo frontal falla, aparece la atención involuntaria, estímulo-dependiente, guiada por el mundo exterior o por emergencias emocionales, como en el caso de los niños pequeños.
- **Memoria:** La memoria de trabajo es la que más asociada está al lóbulo frontal. Pero existen otros tipos, como la memoria asociativa, que se encarga de asociar dos estímulos presentados; la memoria contextual, que permite saber dónde y cuándo se han aprendido unos determinados contenidos; y la memoria representacional, que permite modelar apropiadamente la conducta. Los pacientes con lesiones frontales tienen importantes dificultades en recordar el orden temporal, estimar la frecuencia de ocurrencia de eventos o aparición de palabras y ubicar el contexto espaciotemporal de su memoria autobiográfica. Además, fallan en la capacidad de apreciar la propia capacidad de memoria, es decir, la metamemoria.
- **Percepción:** generalmente, la percepción se sitúa en los lóbulos temporal y parietal y la percepción espacial se sitúa en el lóbulo occipital. Pero la manipulación espacial es claramente frontal (rotaciones mentales). También se encarga de la orientación espacial personal, mientras que la orientación extrapersonal está a cargo del lóbulo parietal posterior. Así, las capacidades espaciales y perceptivas, como las de solucionar problemas de los tests de Orientación de Líneas, Discriminación visual de Formas, Reconocimiento de caras, Test de Matrices Progresivas de Raven, etc. no se ven afectadas por las lesiones frontales, porque los pacientes son capaces de

mantener la información visual a corto plazo, siempre que no comporte trabajar con ella.

- **Conceptualización o razonamiento abstracto:** Se encarga de la formación de categorías y de conceptos. Los pacientes lesionados son incapaces de realizar este tipo de acciones: obtienen bajas puntuaciones en tests como el Wisconsin CardsSorting Test.
- **Conducta adaptada al contexto:** El córtex prefrontal tiene la función de usar un conjunto de conocimientos en acción para lograr un fin de acuerdo con el contexto espaciotemporal y social. Según Grafman, el córtex orbital probablemente contendría la información referente a las unidades para el manejo del conocimiento social y el córtex prefrontaldorsolateral las unidades para el uso del conocimiento cognitivo. Las lesiones en el córtex prefrontal causan alteraciones conductuales no producidas por otras zonas del córtex. Éstas se resumen en déficits en la ejecución de tareas de discriminación estructurada, déficits en la ejecución de tareas demoradas y trastornos de la emoción y conducta social.
- **Emoción y afecto:** Destaca el caso de PhineasGage. La relación del lóbulo frontal con las emociones es obvia, puesto que un sector del lóbulo frontal comprende estructuras límbicas.

- ***Los circuitos fronto-basales***

Las divisiones estructurales no tan sólo se pueden realizar a nivel de la corteza, sino que también pueden realizarse a un nivel más subcortical. Existen cinco circuitos, llamados fronto basales, que fueron propuestos por Alexander:

- Circuito motor, que se origina en el área motora suplementaria.
- Circuito óculo-motor, que se origina en el campo ocular frontal.

- Circuito dorsolateral, cuya lesión provoca alteraciones en la memoria de trabajo espacial.
- Circuito órbito-frontal lateral, cuya lesión produce conductas perseverativas.
- Circuito cingulado anterior.

Todos los circuitos tienen una serie de características comunes. En primer lugar, todos pasan por 4 estaciones: el córtex; el núcleo estriado; el globo pálido y la sustancia negra; y el tálamo. En segundo lugar, los circuitos son cerrados y paralelos, ya que la información se procesa a la vez. En tercer lugar, los circuitos están segregados, es decir, son prácticamente independientes y, aunque pasen por las mismas regiones, no lo hacen por el mismo lugar exacto. Finalmente, en todos los circuitos el núcleo estriado recibe proyecciones de otras partes del cerebro: lóbulo parietal, occipital. La sintomatología frontal típica no sólo aparecerá, por tanto, con lesiones frontales, sino que también las lesiones subcorticales (no observables en neuroimagen) producirán los síntomas. Por ello, es posible encontrar casos en los que no exista lesión “frontal”, pero se presenten los signos y síntomas propios de una lesión de este tipo.

- *Los complejos frontales sintomáticos*

La sintomatología frontal es muy variada y depende de la localización, extensión, profundidad y lateralidad de la lesión. Tras una lesión frontal se han descrito trastornos afectivos, de carácter, personalidad, humor, motivación, atención, percepción, memoria, razonamiento, solución de problemas, lenguaje y control del movimiento. De forma específica, tras una lesión frontal se pueden observar un exceso o defecto de activación, desintegración de la personalidad y del funcionalismo cerebral, dificultad en iniciar y planificar una actividad, alteración de la atención y capacidad de concentración, apatía y euforia, desinhibición y reducción de la capacidad de monitorizar el autocontrol de los pensamientos, habla o acciones.

Existen tres complejos frontales sintomáticos que están relacionados con los circuitos fronto-basales y que son claramente correlatos anátomo-funcionales. Estos tres complejos son:

- *Complejo sintomático prefrontaldorsolateral*: se caracteriza por la aparición de problemas en la memoria de trabajo, evaluados por los subtests de aritmética y dígitos inversos del WAIS; decremento de la memoria asociativa; decremento de la fluencia verbal, tanto fonémica como semántica; decremento de la fluencia de los dibujos, es decir, poca habilidad para dibujar; aparición de problemas en el cambio de actividad o estrategia; y problemas para resolver problemas complejos.
- *Complejo órbita-frontal*: se caracteriza por la alteración en la adecuación al contexto de la conducta. Suele ser el más típico y las personas aparecen irritables, desinhibidas.
- *Complejo del cíngulo anterior*: básicamente se caracteriza por problemas de motivación, falta de iniciativa, apatía.

- *El síndrome frontal*

A nivel clínico, existen muchas pruebas de la aparición del llamado síndrome frontal, que aparece después de una lesión frontal. Se trata de un término paraguas, es decir, que abarca un conjunto de cambios conductuales. Sin embargo, cada paciente tiene una distribución distinta de estos signos que, además, pueden cambiar según el día de examen. La variabilidad se debe a la lateralidad, extensión y localización de la lesión y a su etiología, pero también interviene la personalidad premórbida.

- *Los diferentes tipos de síndromes frontales son:*
- *Pseudodepresión*: Delimitado por Blumer y Benson, en 1975, se define como un síndrome hipocinético-apático-abúlico y se caracteriza por apatía, falta de

motivación, incapacidad de planificar el futuro, ausencia de autocrítica, decremento de la actividad (trabajo, aficiones, sexualidad), no iniciar conversaciones e hipocinesia. Pero no se caracteriza por la presencia de tristeza, culpa o ideas de suicidio. Se produce por una lesión masiva bifrontal, concretamente a nivel del cíngulo anterior (circunvolución situada encima del cuerpo caloso) y del córtex prefrontaldorsolateral, sobretodo el izquierdo.

- *Pseudopsicopatía*: Igualmente delimitado por Blumer y Benson en 1975, se caracteriza por un incremento de la agresividad, de la impulsividad y de los hábitos adictivos. La conducta aparece socialmente alterada, con presencia de actos delictivos no planificados, euforia, irritabilidad, puerilismo, hiperreactividad, distractibilidad y desinhibición de instintos tanto laborales como familiares. Se produce por lesiones biorbitales.
- *Síndrome de la mano ajena*: La mano izquierda suele ser percibida como ajena. Implica una negligencia de esta mano y suele estar causada por una desconexión del cuerpo caloso. El paciente no utiliza la mano en condiciones de manipulación en las que habitualmente se ayudaría de ella e, incluso, puede pelearse con su propia mano. Por ejemplo, la mano izquierda deshace la cama mientras se utiliza intencionadamente la derecha para hacerla.
- *Síndrome de la conducta de utilización*: La persona utiliza de forma indiscriminada aquellos objetos que se le ponen delante sin que exista intención, finalidad o motivación interna. Se produce por una falta de control del lóbulo frontal respecto del lóbulo parietal, en el que se realizan las asociaciones entre el estímulo y la respuesta. Cuando se ha realizado la asociación entre los estímulos, se envía una señal al lóbulo frontal quien decide si realmente se debe actuar así o no. Si el frontal está lesionado no puede llevar a cabo esta acción y aparece la conducta no adaptada al contexto.

- *Síndrome de la conducta de imitación:* El paciente imita los gestos, conducta, etc. del examinador, sin que se le haya pedido que lo haga. Este síndrome está relacionado con las áreas de las apraxias ideomotrices: área 40 (supramarginalis) parietal inferior izquierdo. Se supone que está causado por una liberalización del lóbulo parietal o ausencia de control del lóbulo frontal sobre el parietal.
- *Síndrome de la dependencia del medio:* La persona depende del medio y del entorno, no pudiendo inhibir los estímulos externos. Así, el paciente está pendiente de todo lo que ocurre a su alrededor y no puede concentrarse. Además, suele responder a preguntas que no van dirigidas a él. Es importante la distractibilidad y la hiperreactividad a los estímulos externos. El paciente está claramente hiperactivo.
- ***Patología Psiquiátrica***

En ciertas enfermedades psiquiátricas existe cierta implicación del lóbulo frontal, además de otras áreas. Ello se ha demostrado gracias a los estudios sobre patologías adquiridas, lesiones, en los que los pacientes muestran ciertas características depresivas, obsesivo-compulsivas, esquizoides, etc. Asimismo, las aportaciones de los estudios sobre tumores cerebrales han sido influyentes: rasgos depresivos en los pacientes con meningoblastomas, etc.

Sin embargo, también ha habido otros estudios que han sugerido la influencia del lóbulo frontal en ciertas patologías psiquiátricas y que han sido los que se han centrado en las patologías idiopáticas (no adquiridas) de pacientes obsesivo-compulsivos, esquizofrénicos, dementes. Y se ha observado, por ejemplo, que en pacientes con Parkinson y Corea de Huntington existen rasgos obsesivo-compulsivos y depresivos.

En conclusión, se menciona que las siguientes patologías intervienen las siguientes áreas del lóbulo frontal:

- *Depresión:* La zona del frontal más implicada es el córtex prefrontaldorsolateral izquierdo y el cíngulo anterior bilateral.
- *Trastorno obsesivo-compulsivo:* La zona del frontal más implicada es la prefrontal orbital izquierda, con más tendencia en la izquierda que en la derecha, y el cíngulo anterior.
- *Esquizofrenia:* Parece que el prefrontaldorsolateral es el que tiene mayor influencia en esta patología, pero no está totalmente determinado ni replicado. En principio, se observa una afectación de todas las funciones cognitivas. Se han estudiado mucho las funciones prefrontales con pruebas como el Wisconsin CardsSorting Test y la Torre de Hanoi, pero las demás áreas frontales todavía se están investigando.

- ***Síndromes Frontales***

-Síntomas comunes a todos:

Los pacientes a menudo no son conscientes de sus habilidades cognitivas, siendo incapaces de evaluar las consecuencias de sus actos; recuerdan y entienden las instrucciones a realizar pero no se traduce en una ejecución correcta en la vida real, y perseveran en sus conductas de forma reiterada (Gomez-Beldarrain et al. 2004).

-*Síndrome dorsolateral:*

- **Atención:** La corteza prefrontal es la máxima responsable de nuestra capacidad atenta. Tanto a nivel del mantenimiento de la misma el tiempo requerido (atención mantenida o sostenida) como sobre un estímulo relevante (atención selectiva), así como en dos sucesos a la vez (atención dividida). La monitorización de este proceso corresponde al cíngulo (Gehring and Fencsik 2001).
- **Memoria Operativa:** Es la información que una persona es capaz de mantener activa en su mente y que va a requerir en un breve espacio de tiempo, mientras realiza una acción concreta. A la memoria operativa también contribuyen áreas parietales y

temporales así como el cíngulo (capacidad atencional). No solo interviene en el almacenamiento temporal de esa información sino también en la planificación y organización de futuras acciones (Pochon et al. 2001).

- Memoria: Aquellas personas que sufren algún tipo de alteración en esta esfera mantienen la capacidad para almacenar la información pero tienen dificultades para recuperarla, apareciendo frecuentemente confabulación. Es frecuente que estos pacientes no recuerdan el lugar donde aprendieron una determinada información y el orden de aprendizaje (Romine and Reynolds 2004). Igualmente la corteza prefrontal está implicada en la metamemoria (capacidad para realizar juicios sobre su propia memoria) y por tanto se verá afectada (Tirapu-Ustarroz and Muñoz-Céspedes 2005).
- Lenguaje: No presentan un trastorno afásico puramente dicho, aunque sí dificultades para encontrar palabras y comprender estructuras gramaticales en lenguaje oral y escrito.
- Secuenciación y ordenación temporal de acontecimientos: Presentan incapacidad para seguir, detectar y aprender secuencias verbales, motoras o conductuales (Gomez et al. 2002).
- Programación motora: Se explora mediante tareas motoras alternantes o recíprocas con las manos.
- Comportamiento: Cuando la lesión se sitúa a nivel dorsolateral el comportamiento es apático, mostrándose inatentos, desmotivados, distraídos, dependientes del ambiente, sin curiosidad, sin poder tomar decisiones.
- Sentido del humor: Incapacidad para interpretar bromas, chistes secundario a una incapacidad para seguir la secuencia lógica de los acontecimientos más que un problema afectivo (Shammi and Stuss 1999).

- Síndrome orbitario: El córtex orbitario corresponde a la representación neocortical del sistema límbico.
- Normas sociales: Estas son olvidadas. Presentan como consecuencia dificultades para cooperar con otros, no reconocen la autoridad y por consiguiente esto provoca graves dificultades en la convivencia en comunidad (Karafin et al. 2004).
- Toma de decisiones: Son incapaces de tomar decisiones ventajosas para la vida real. Una de las teorías para poder explicarlo es la denominada “marcador somático” de Damasio (Martinez-Selva et al. 2006). Según esta teoría, la corteza orbitaria ventromedial sería fundamental para esta función, ya que sin ella los pacientes no aprenden de la experiencia emocional para tomar decisiones y por tanto no anticipan las consecuencias de sus actos, siendo extremadamente a las respuestas inmediatas. Igualmente la toma de decisiones se correlaciona con funciones ejecutivas como la planificación y la memoria operativa.
- Teoría de la mente: Los pacientes son incapaces de imaginar los pensamientos de otros, sus opiniones o sentimientos. Esto es clave en la vida en sociedad (Stuss and Anderson 2004).
- Empatía: La capacidad para sentir el estado emocional del otro y entenderlo es muy pobre (Jackson et al. 2006).
- Personalidad y emoción: Se trata de pacientes menos abiertos, poco amables, y poco meticulosos y con poca autoestima. Se muestran impulsivos pero no adoptan conductas de riesgo. No son creativos ni imaginativos. Se vuelven rígidos, poco flexibles, irritables y egocéntricos (Gomez et al. 2005).
- Dependencia del entorno y comportamiento: Algunos pacientes tienden a adoptar conductas de imitación respecto al examinador o tienden a tocar y utilizar los objetos a su alcance (Lhermitte 1986). Todo ello secundario a una desinhibición franca.

- Síndrome mesial: En caso de que la lesión sea bilateral, se produce el llamado clásicamente mutismo acinético. El paciente permanece despierto, pero sumido en una profunda apatía, carente de emociones, si inquiera frente al dolor (Devinsky et al. 1995). El grado de suma apatía se denomina “abulia” que significa ausencia de deseo.

- ***Etiología de los Síndromes Frontales***

Según Alfred GomezBeldarraín en su libro Análisis de las diferentes Patologías en el año 2007 divide a la etiología de los Síndromes Frontales en

- Vascular: Los aneurismas de la comunicante anterior, los ictus isquémicos o hemorrágicos del territorio dicha arteria condicionan un síndrome orbitofrontal. Igualmente los ictus de la arteria cerebral media pueden provocar un síndrome frontal.
- Tumoral: Provocan un deterioro cognitivo subagudo en ocasiones indistinguible de una demencia. Los meningiomas pueden situarse en la cisura olfatoria, comprimiendo la región orbitofrontal o en la hoz del cerebro provocando un síndrome dorsolateral.
- Traumática: Son la causa más frecuente de síndrome disejecutivo en adultos jóvenes. La superficie orbitaria y el polo frontal son las regiones afectas con más frecuencia.

- ***Función del lóbulo frontal***

El lóbulo frontal es un centro integrador de todas las demás áreas del cerebro. Su función principal es la de planificar y organizar tareas, coordinar actividades, controlar y/o modificar conductas para una adaptación al medio más eficiente, resolver problemas, y ejecutar los proyectos con resolución y determinación para obtener los objetivos. En otras palabras, es un centro de análisis, síntesis, ejecución y voluntad de continuidad determina la personalidad del individuo; es lo que uno es.

En la mayoría de las personas, el lóbulo frontal alcanza la madurez a la edad de 25 años, marcando la madurez cognitiva típica de la edad adulta. Luego de investigaciones realizadas en la UCLA, Universidad de California de Los Ángeles, se pudo establecer que el espesor de lamina en los axones de las neuronas de éste en un adulto es mucho mayor que en un adolescente. También se pudo comprobar que los síntomas de esquizofrenia en algunos adolescentes se deben a una pobre mielinización axónica y por lo tanto a impulsos nerviosos ineficientes.

- ***Introducción: la complejidad del lóbulo frontal***

El lóbulo frontal es el lóbulo más complejo. Su evolución filogenética ya demuestra su complejidad: el tamaño del lóbulo es mucho más grande cuánto más evolucionada es la especie. El animal que más se parece al hombre en cuanto a la proporción lobular es el chimpancé. Estudios con makakas mulatas han demostrado que, ante ciertas tareas de tipo frontal que implican la memoria de trabajo y la memoria asociativa, se obtienen resultados similares a los obtenidos con humanos.

La ontogenia también demuestra la complejidad del lóbulo frontal, ya que es una de las áreas que se mieliniza de forma más tardía. Ciertos estudios concluyen que el proceso de mielinización continúa hasta los 30 años de edad.

Las observaciones a lo largo de la historia también han demostrado la complejidad de dicho lóbulo: frenología, estudio de casos (Phineas Gage), cirugía de la epilepsia. Muchas funciones son atribuidas a este lóbulo: atención, memoria, lenguaje, emoción, conducta, movimiento. Es decir, interviene en todas las funciones cognitivas y conductuales. Sin embargo, debe distinguirse entre las funciones que corresponden directamente al lóbulo frontal y las propias de otros lóbulos, pero que el lóbulo frontal se dedica a modular. Así, el frontal se dedica a adecuar las funciones de los otros lóbulos en función del contexto espacio-temporal y social.

A nivel funcional y estructural, el lóbulo frontal no puede considerarse como una sola entidad o estructura ya que se caracteriza por su escasa lateralización. Las asimetrías de funciones frontales son cuantitativa y cualitativamente escasas. A este respecto, destaca el hecho de que mientras determinadas lesiones unilaterales puede tener efectos discretos o nulos en una determinada función, las bilaterales son capaces de anular totalmente dicha función.

A nivel estructural se pueden observar ciertas divisiones:

- Área motora (área primaria)
- Área premotora (área secundaria)
- Área prefrontal (área terciaria)
- Área paralímbica (área límbica)

- *El área motora*

Los neurólogos se encargarían del estudio del área motora. Contiene las siguientes áreas de Brodmann: área 4; parte posterior del área 6; y parte de las áreas somatosensoriales 1, 2 y 3. El área motora está relacionada con la coordinación y expresión del movimiento tanto grueso como fino. Contiene además una representación detallada del hemicuerpo contralateral, el denominado “homúnculo motor” de Penfield.

La lesión grave bilateral del área motora produce parálisis. Las lesiones unilaterales dan lugar a hemiplejías contralaterales. Tras la evolución, pueden reaparecer los movimientos gruesos, pero los finos quedan definitivamente perdidos. Por su parte, las lesiones más leves producen hemiparesias, que también pueden ser uni o bilaterales.

- *El área premotora*

El área premotora es un área de gran interés para los neuropsicólogos. Incluye las siguientes áreas de Brodmann: área motora suplementaria (parte medial y lateral del área6); parte posterior del área 8; y el área 44.

Modula y ejerce influencias de control de los impulsos y está implicado en la programación de los movimientos y del aprendizaje de nuevos programas motores. El área motora suplementaria contiene la representación neuronal del cuerpo y el área de Broca interviene en la regulación de los aspectos motores del habla.

La función de control de los movimientos voluntarios es sumamente interesante. Así, puede haber alteraciones en el inicio de los movimientos voluntarios (por ejemplo, apraxia de la marcha); en el mantenimiento de dichos movimientos, produciéndose la extinción de los mismos; o en la finalización, en el que la persona no sabe cómo parar un movimiento.

Se utilizan las siguientes pruebas para analizar la posible alteración de esta área:

- *Alternancias gráficas*: se proporciona al paciente una cenefa y se le pide que continúe la serie. Se analiza si presenta problemas al inicio, en el mantenimiento o al final, así como la velocidad de reproducción.
- *Alternancias motoras*: el paciente debe repetir una secuencia (programa motor) como puño, palma, puño, palma... Se evalúan los mismos parámetros que en el gráfica.
- *Sistema Viena*: consiste en un panel con varias fichas. Se le pide al paciente que realice varias pruebas. Una de ellas es el tapping, en la que se debe tocar las fichas lo más rápido posible, evaluando la velocidad motora. Otra prueba es la de los puntos, en la que el paciente debe tocar unos determinados puntos con una vara. Se evalúa la precisión motora. Asimismo, existe la prueba del laberinto, en la que se debe seguir un trayecto determinado sin tocar los laterales.
- *TrailMaking A*: en una hoja aparecen números salteados. El paciente debe seguir la numeración con un lápiz, sin levantarlo. Se evalúa el control motor y óculo-motor, la velocidad, los errores...
- *TrailMaking B*: es más complejo que el anterior. En una hoja aparecen números y letras salteados. El paciente debe alternar las dos series automáticas: 1, A, 2, B, etc. Implica una inhibición de una serie automática para poner en funcionamiento la otra. Esta prueba se encuentra a caballo de la exploración del área premotora y el área prefrontal (por la memoria de trabajo). Si se restan las puntuaciones obtenidas entre la A y la B, se obtiene una puntuación más premotora.

- *El área prefrontal (dorsolateral)*

Al área prefrontal se le atribuyen varias funciones e incluye las siguientes áreas de Brodmann: 10; 11; 12; parte anterior del área 8; 9; 45; 46; y 47. Una de las funciones esenciales es la memoria de trabajo o workingmemory. La función de esta memoria es la de retener la información el tiempo necesario para trabajar con ella, pero sin retenerla después.

El prefrontal también se encarga de las funciones ejecutivas y la planificación de tareas.

Finalmente, otras funciones del córtex prefrontal son las de la regulación y dirección de la atención; ciertas características de la emoción y afecto, por ejemplo, la lesión en unas determinadas zonas prefrontales puede hacer aparecer los síndromes pseudodepresivo y pseudopsicopático; funciones lingüísticas; y funciones visoperceptivas. En cuanto a éstas últimas, los pacientes con lesiones prefrontales presentan dificultades en la orientación espacial que se basa en la posición del cuerpo (posición egocéntrica) y orientación personal. Son las lesiones parietales las que provocan alteraciones en la orientación extrapersonal.

- *El área paralímbica*

El área paralímbica incluye las siguientes áreas de Brodmann: 24 (cingulado anterior); 25; 32; y las partes posteriores de las áreas 11 y 12. Se dedica a la atención y a la motivación con un objetivo o motivación dirigida a una acción. Es la motivación voluntaria.

Las lesiones bilaterales del córtex cingulado anterior producen mutismo acinético, incontinencia de esfínteres, tendencia a la fabulación, distractibilidad y docilidad. Asimismo, las lesiones en la región paralímbica producen alteraciones en las respuestas emocionales a los estímulos. No se pierde la capacidad emocional, sino la capacidad de modular la intensidad del afecto de acuerdo con la significación ambiental del evento.

Además, interfieren la integración social, es decir, la capacidad de emplear unos recursos conductuales determinados acordes al contexto social.

- ***Relación lóbulo frontal neurotransmisores***

En cuanto a trastornos bioquímicos: Serotonina (serotonina)

Richard Wurtman (Crime Times, Vol 1, 1995) ha encontrado que dietas de alto carbohidratos y bajas proteínas afectan los niveles normales de la serotonina, neurotransmisor natural que cuando está en niveles alterados o anormales tiene efectos cerebrales asociados con tendencias suicidas, agresión y violencia, alcoholismo y conducta impulsiva. Las funciones normales de la serotonina son la regulación de la excitación, los estados de ánimo, la actividad sexual, la agresión y el control de los impulsos. Algunos estudios asocian niveles bajos de serotonina con la conducta violenta-aberrante. Jeffrey Halperin (1995, en American Journal of Psychiatry) comparó varones agresivos con no agresivos, ambos con diagnósticos de ADD (déficit de atención) combinado con diagnósticos de hiperactividad. Se les administró la droga fenfluramina, que provoca respuestas en el sistema serotoninérgico. Los resultados mostraron cambios positivos en los niños agresivos al bajarle los niveles de serotonina. MattiVirkkunen (1994) cree haber identificado variaciones genéticas específicas que predisponen algunos individuos hacia la conducta suicida. Tomando casos de jóvenes ofensores violentos, descubrió que una variante del gen THP (tryptophanhydroxylase) cuyos códigos producen una enzima necesaria para la biosíntesis de la serotonina, estaba asociada fuertemente con los intentos suicidas irrespectivo a si los jóvenes eran, o no, impulsivos. Un segundo estudio, demostró que bajos niveles del metabolito 5-HIAA (localizado en el líquido cerebro espinal) están asociados con pobre control de la conducta impulsiva (sobre todo en alcohólicos). Por último, estudios en monos consistentemente demuestran altos niveles de agresividad cuando los niveles de serotonina son bajos (Kyes, 1995).

- ***Condiciones congénitas: Síndrome fetal alcohólico***

Estudios realizados por Ann Streissguth (1991) encontraron que el 6.2% de los adolescentes y adultos que muestran niveles significativos de conducta mal adaptativa nacieron bajo condiciones de Síndrome Fetal Alcohólico. Esta conducta evidenciada incluye impulsividad, falta de consideración con los demás, mentir, engañar, robar, y adicción al alcohol o drogas. También mostraron dificultad de vivir independientes a los padres, pobre juicio social y dificultades en conducta sexual, soledad y depresión. No obstante, aunque siempre se ha pensado que el alcoholismo de la madre es lo que más afecta, también se han comenzado estudios sobre el papel del alcoholismo en el padre. Estudios realizados por Theodore Cicero a padres con Adicción al Alcohol en el año de 1994 encontraron que los hijos de hombres alcohólicos tienden a mostrar problemas de conducta y problemas en las destrezas intelectuales. Sugiere que esto está directamente relacionado con el efecto del alcohol sobre los espermatozoides o las gónadas. Menciona que los hijos varones de padres alcohólicos tienden a dar pobres ejecuciones en los test de aprendizaje y destrezas espaciales. También demuestran tener niveles más bajos de testosterona y beta-endorfinas. Las hijas muestran niveles hormonales alterados en hormonas relacionadas a tensión reaccionando de forma distinta a situaciones de estrés a las féminas que no tienen el factor de padres alcohólicos.

- *El efecto de golpes-traumas y alteraciones del lóbulo frontal*

Alan Rosembaum (1994) realizó un estudio en los que descubre que los traumas cerebrales anteceden cambios de conducta predisponiendo hacia un incremento en violencia. Muchas de estas lesiones fueron adquiridas en la infancia tanto bajo juegos como en accidentes o producto de maltrato infantil. Su estudio fue realizado con 53 hombres que golpeaban a sus esposas, 45 hombres no-violentos y felizmente casados, y 32 hombres no-violentos pero infelizmente casados. 50% de los agresores habían sufrido alguna lesión en la cabeza previa a sus patrones de violencia doméstica.

De otra parte, Antonio Damasio (1995) sugiere que daños al lóbulo frontal a nivel de la corteza cerebral puede evitar que la persona pueda formarse evaluaciones de valor positivo o negativo al crear imágenes y representaciones sobre los resultados, repercusiones y

consecuencias futuras de acciones al presente creando las bases de ciertas conductas sociopáticas. Estudios de Antoine Bechara (1994) confirman la correlación entre lesiones de la corteza en el lóbulo frontal y conductas peligrosas tales como "hacer daño solo por divertirse".

Estudios con PET (tomografía de emisiones positrónicas; mide el insumo de glucosa al cerebro) realizados por Adrian Raine (1994) demuestran que niveles bajo de glucosa a la corteza pre-frontal son frecuentes en los asesinos (sus estudios son preliminares; la muestra fue de 22 asesinos confesos con 22 no-asesinos de control). Raine argumenta que los bajos niveles de glucosa están asociados con pérdida de auto-control, impulsividad, falta de tacto, incapacidad de modificar o inhibir conducta, pobre juicio social. Los autores de este estudio plantean que esta condición orgánica debe interactuar con condiciones negativas del ambiente para que la persona entonces cree un estilo de vida y personalidad delincuente y violenta de forma más o menos permanente.

- *Efectos de medicamentos-drogas*

Medicamentos, legalmente recetados por médicos como parte de tratamiento a condiciones como epilepsia, pueden tener efectos negativos aumentando la irritabilidad, la actividad y el desajuste emocional. Tal es el caso de medicinas como Mysoline que es recetada como anticonvulsivo (1994).

- *Efectos Nutricionales*

Katherine y Kenneth Rowe (1994) estudiaron grupos de niños diagnosticados con hiperactividad. Los padres les daban alimentos con colorantes como parte de sus dietas regulares. El estudio consistió en una dieta con el colorante Amarillo #5 y placebos para el grupo control. El reporte de los padres y observadores fue que se manifestó un incremento

en conductas de llanto frecuente, rabietas, irritabilidad, inquietud, dificultad de conciliar el sueño, pérdida de control, y expresiones de infelicidad. Muchas de estas conductas son precisamente las que les crean problemas de ajuste escolar limitando su aprendizaje e integración a las reglas del salón de clases.

- ***Trastornos hormonales***

Ante el hecho obvio de que el hombre tiende a mostrarse más agresivo que las mujeres, las hormonas masculinas -la testosterona- ha sido objeto de estudio en la conducta violenta. James Dabbs en el año de 1995 viajó hasta México para estudiar a 44.462 sujetos masculinos encontrando una alta incidencia y correlación entre delincuencia, abuso de drogas tendencias hacia los excesos y riesgos en aquellos que tenían niveles más altos de lo normal y aceptable en la testosterona. En las cárceles, encontró que aquellos convictos de crímenes más violentos fueron los que más altos niveles de testosterona reportaron. También encontró en los estudios de saliva de 692 convictos por crímenes sexuales que estos tenían el nivel más alto entre todos.

- ***Alteraciones en conducta por hiperactividad orgánica***

Rachel Gittelman (1995) sostiene que varones hiperactivos muestran una tendencia alta de riesgo a entrar en conducta antisocial en la adolescencia. Esta tendencia es cuatro veces mayor a la de jóvenes que no son hiperactivos, y parecen tener historiales de más incidentes de arrestos, robos en la escuela, expulsión, felonías, etc., 25% de los participantes en el estudio habían sido institucionalizados por conducta antisocial.

- ***Daño cerebral***

Estudios demuestran que daños cerebrales son la regla entre asesinos y no la excepción. Pamela Blake (1995) estudió 31 asesinos con ayuda de la tecnología médica de los EEG's, MIR's y CT SCANS y con pruebas psiconeurológicas. Estos habían sido acusados de ser

miembros de pandillas, o violadores, ladrones, asesinos seriales, asesinos en masa, y dos habían asesinado hijos. En 20 de estos casos se pudo establecer diagnósticos neurológicos claros. Cinco casos demostraron efectos de síndrome fetal alcohólico, nueve mostraron retardo mental, un caso tenía perlesía cerebral, uno más caso tenía hipotiroidismo; un caso tenía psicosis leve, otro más tenía microadenoma en la pituitaria con acromegalia y retardo mental fronterizo y otro tenía hidrocefalia; tres mostraron epilepsia; tres, lesiones cerebrales y dos, demencia inducida por alcohol. Algunos mostraron combinaciones. 64.5% mostraron anormalidades en el lóbulo frontal y 29% parecían tener defectos en lóbulo temporal. 19 sujetos mostraron atrofia o cambios en la material blanca del cerebro. El 83.8% de los sujetos mostró abuso en sus infancias, y 32.3% había sido abusado sexualmente.

- ***Intoxicaciones y contaminación ambiental***

Es de reciente interés el estudio del efecto de diversas fuentes de toxicidad sobre la humanidad. Un estudio formal sobre el efecto del plomo indica que produce alteraciones en la conducta hacia la violencia y la conducta antisocial. En este estudio, Herbert Needleman (1996) analizó a 212 varones de escuela pública en Pittsburgh, entre las edades de 7-11, fueron evaluados en cuanto a la concentración de plomo en sus huesos mediante pruebas de rayos X's fluorescentes. El plomo actúa elevando los índices de agresividad esto al hablar de conductas también encontró que el plomo es acumulado a través de los años por diversas fuentes que incluyen la exposición a pinturas, y se observó que con el pasar de los años, según aumentaba la cantidad acumulada de plomo aumentaban los reportes de agresividad, delincuencia, quejas somáticas, depresión, ansiedad, problemas sociales, déficit de atención entre otras. Aunque los autores creen que hay factores del ambiente social que contribuyen a estas conductas, enfatizan en la importancia de prevenir la toxicidad cerebral por plomo.

- ***Condiciones y trastornos mentales***

Diversos estudios (Archives of General Psychiatry, Vol. 53, 1996) confirman que la presencia de trastornos de salud mental incrementa la conducta violenta y antisocial. Estudios en Dinamarca identificaron en 324,401 personas que aquellos que tenían historial

de hospitalizaciones psiquiátricas tenían más probabilidad de ser convictos por ofensas criminales (tanto en hombres como en mujeres) en una proporción de 3-11 veces más que aquellos que no tenían historial psiquiátrico. La esquizofrenia, específicamente, aumenta la probabilidad en 8% en hombres y en 6.5 en mujeres. El desorden de personalidad antisocial aumenta la probabilidad en 10% en hombres y 50 en mujeres de conducta homicida. Estudios en EU demuestran que el 80% de los convictos cumpliendo cárcel tienen historial psiquiátrico, con historial de abuso de sustancias y conducta antisocial dependiente.

Variable Dependiente

Rasgos de Personalidad Antisocial

- *Personalidad*

La personalidad no es más que el patrón de pensamientos, sentimientos y conducta que presenta una persona y que persiste a lo largo de toda su vida, a través de diferentes situaciones.

Según Gordon Allport en su libro *Personality* (1937) la personalidad es "la organización dinámica de los sistemas psicofísicos que determina una forma de pensar y de actuar, única en cada sujeto en su proceso de adaptación al medio".

Desmembrando esa afirmación encontramos que:

- La organización representa el orden en que se halla estructurada las partes de la personalidad de cada sujeto.
- Lo dinámico se refiere a que cada persona se encuentra en un constante intercambio con el medio que sólo se interrumpe con la muerte.
- Los sistemas psicofísicos hacen referencia a las actividades que provienen del principio inmaterial (fenómeno psíquico) y el principio material (fenómeno físico).
- La forma de pensar hace referencia a la vertiente interna de la personalidad.
- La forma de actuar hace referencia a la vertiente externa de la personalidad que se manifiesta en la conducta de la persona.
- Y es única en cada sujeto por la naturaleza caótica en el que el cerebro organiza las sinapsis.

- ***Rasgo de personalidad:***

No son más que las disposiciones persistentes e internas que hacen que el individuo piense, sienta y actúe, de manera característica.

- Teoría de los rasgos.

Los teóricos de los rasgos rechazan la idea sobre la existencia de unos cuantos tipos muy definidos de personalidad. Señalan que la gente difiere en varias características o rasgos, tales como, dependencia, ansiedad, agresividad y sociabilidad. Todos poseemos estos rasgos pero unos en mayor o menor grado que otros.

Desde luego es imposible observar los rasgos directamente, no podemos ver la sociabilidad del mismo modo que vemos el cabello largo de una persona, pero si esa persona asiste constantemente a fiestas y a diferentes actividades, podemos concluir con que esa persona posee el rasgo de la sociabilidad.

Los rasgos pueden calificarse en cardinales, centrales y secundarios.

- Rasgos cardinales:

Son relativamente poco frecuentes, son tan generales que influyen en todos los actos de una persona. Un ejemplo de ello podría ser una persona tan egoísta que prácticamente todos sus gestos lo revelan.

- Rasgos Centrales:

Son más comunes, y aunque no siempre, a menudo son observables en el comportamiento. Ejemplo, una persona agresiva tal vez no manifieste este rasgo en todas las situaciones.

- Rasgos secundarios:

Son atributos que no constituyen una parte vital de la persona pero que intervienen en ciertas situaciones. Un ejemplo de ello puede ser, una persona sumisa que se moleste y pierda los estribos.

- ***Trastornos de la personalidad***

Son un conjunto de perturbaciones o anomalías que se dan en las dimensiones emocionales, afectivas, motivacionales y de relación social de los individuos.

Los trastornos de personalidad se incluyen como trastornos mentales del Eje II en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de

Psiquiatría (DSM IV TR) y en la sección de trastornos mentales y del comportamiento en el manual CIE10 de la Organización Mundial de la Salud. Personalidad, que se define psicológicamente, como rasgos mentales y de comportamiento permanentes que distinguen a los seres humanos. Un trastorno de personalidad se define como experiencias y comportamientos que difieren de las normas sociales y expectativas. Las personas diagnosticadas con un trastorno de la personalidad pueden tener alteraciones en la cognición, emotividad, funcionamiento interpersonal y en el control de impulsos. En general, los trastornos de personalidad se diagnostican al 40-60% por ciento de los pacientes psiquiátricos, y representa el diagnóstico psiquiátrico más frecuente.

Estos patrones de conducta son típicamente asociados con alteraciones sustanciales en algunas tendencias de comportamiento de un individuo, por lo general involucran varias áreas de la personalidad, y casi siempre se asocia con perturbaciones significativas en la esfera personal y social. Además, un trastorno de personalidad es inflexible y se extiende a muchas situaciones, debido en gran parte al hecho de que tales comportamientos anormales son ego sintónicos, en el que los elementos de la conducta, pensamientos, impulsos, mecanismos y actitudes de una persona están de acuerdo con el Yo y con la totalidad de su personalidad; y por tanto, se percibe como adecuados por el afectado. Este comportamiento puede suponer estilos de afrontamiento desadaptativos, que pueden conducir a problemas personales y alteraciones tales como ansiedad extrema, angustia o depresión. La aparición de estos patrones de comportamiento por lo general se remontan al principio de la adolescencia y el comienzo de la edad adulta y, en algunos casos, a la infancia.

Debido a que la teoría y el diagnóstico de los trastornos de personalidad se derivan de las expectativas culturales dominantes, su validez es cuestionada. Sobre la base de su invariable subjetividad. Ellos argumentan que la teoría y el diagnóstico de los trastornos de la personalidad se basan estrictamente en consideraciones de tipo social, socio-políticas e incluso económicas.

- ***Clasificación de los trastornos de la personalidad***

Los dos principales sistemas de clasificación, el CIE-10 y el DSM IV TR, deliberadamente han fusionado sus diagnósticos hasta cierto punto, pero aún sigue habiendo diferencias. Por ejemplo, el CIE-10 no incluye el trastorno narcisista de la personalidad como una categoría distinta, mientras que el DSM-IV TR no incluye la transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica o tras enfermedad psiquiátrica. El CIE-10 clasifica el trastorno esquizotípico de la personalidad del DSM IV TR como una forma de esquizofrenia y no como un trastorno de la personalidad. El DSM IV TR sitúa los trastornos de personalidad como entidades separadas de los trastornos mentales (Ejes), mientras que el CIE 10 no utiliza un sistema multiaxial. El diagnóstico y agrupación de los trastornos de personalidad genera controversia y polémica, pues no están bien definidos los criterios para diferenciarlos de otros trastornos mentales o distinguir las categorías particulares de trastornos de la personalidad unas de otras.

Lista de trastornos de personalidad definidos en el DSM IV TR

El DSM-IV-TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos) menciona diez trastornos de personalidad, los cuales se agrupan en tres grupos:

- Grupo A (trastornos raros o excéntricos)
 - Trastorno paranoide de la personalidad, personalidad paranoide.
 - Trastorno esquizoide de la personalidad, personalidad esquizoide.
 - Trastorno esquizotípico de la personalidad, personalidad esquizotípica.

Este grupo de trastornos se caracteriza por un patrón penetrante de cognición (por ej. sospecha), expresión (por ej. lenguaje extraño) y relación con otros (por ej. aislamiento) anormales.

- Grupo B (trastornos dramáticos, emocionales o erráticos)
 - Trastorno antisocial de la personalidad, personalidad antisocial.
 - Trastorno límite de la personalidad, personalidad límite o Borderline.
 - Trastorno histriónico de la personalidad, personalidad histriónica.

- Trastorno narcisista de la personalidad, personalidad narcisista.

Estos trastornos se caracterizan por un patrón penetrante de violación de las normas sociales (por ej. comportamiento criminal), comportamiento impulsivo, emotividad excesiva y grandiosidad. Presenta con frecuencia acting-out (exteriorización de sus rasgos), llevando a rabietas, comportamiento auto-abusivo y arranques de rabia.

- Grupo C (trastornos ansiosos o temerosos)
 - Trastorno de la personalidad por evitación, personalidad fóbica.
 - Trastorno de la personalidad por dependencia, personalidad dependiente.
 - Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, trastorno anancástico de la personalidad o personalidad obsesiva-compulsiva.

Este grupo se caracteriza por un patrón penetrante de temores anormales, incluyendo relaciones sociales, separación y necesidad de control.

LA PERSONALIDAD ANTISOCIAL O PSICOPATICA

El Psicópata, posee una personalidad, que sin llegar a ser una enfermedad mental, es anormal. Se la diagnostica, según el DSMIV TR (Manual de diagnóstico de Psiquiatría) dentro de los Trastornos de Personalidad, como un TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD.

Dentro de esta categorización, podemos encontrar un amplio espectro y por lo tanto, grados diferentes de manifestación, desde “el criminal”, hasta una persona aparentemente integrada al entramado social, que trabaja, estudia, tiene hijos, familia. Pueden ser compañeros de trabajo, de estudio y esto los hace especialmente peligrosos ya que el otro, posible víctima, se encuentra más vulnerable porque no hay señales externas que alerten y permitan una actitud defensiva.

La característica principal de estas personas es que tienen anestesia afectiva, no sienten culpa, por lo tanto, ellos no son los que sufren, pero sí las personas de su entorno. Las

emociones que sí pueden sentir son cólera, ira o tristeza, cuando las cosas no son como ellos quieren.

Solo los mueve su propio interés y para llegar a ello, que es obtener dominio y poder sobre su ambiente, pueden llegar a simular, amor, compasión, solidaridad, ternura, sentimientos de amistad, sólo hasta conseguir sus objetivos. Cualquier estrategia es válida para llegar al máximo placer del psicópata que es anular la voluntad del otro para explotarlo, atacarlo y demostrar su superioridad y su desprecio hacia su víctima, ya sea en el área laboral, de sus relaciones personales, sexual, etc. Esta es su esencia.

Algunos actúan su psicopatía en ciertos lugares más que en otros. Por ejemplo: Manifiestan toda su patología dentro del ámbito familiar, donde sus parejas y sus hijos son las víctimas, siendo para el afuera, personas encantadoras.

Cesare Lombroso lo ha denominado en sus estudios sobre el delincuente propuso denominar a los psicópatas como “loco moral” o “loco sin delirio”, poseen capacidad de juicio conservada, saben la diferencia entre lo que está bien o mal, pero no les importa, esos límites no son para ellos.

A continuación, describo una serie de criterios para catalogar al Trastorno Antisocial de la Personalidad según (Hare, Hart y Harper 1991)

- 1) Locuacidad y encanto superficial
- 2) Autovaloración exagerada – Arrogancia
- 3) Ausencia total de remordimiento o culpa
- 4) Manipulación ajena y utilización de la mentira y el engaño como recurso
- 5) Ausencia de empatía en las relaciones interpersonales
- 6) Problemas de conducta en la infancia
- 7) Conducta antisocial en la vida adulta
- 8) Impulsividad
- 9) Ausencia de autocontrol

- 10) Irresponsabilidad
- 11) Estilo de vida parásito
- 12) Conducta sexual promiscua
- 13) Falta de objetivos realistas y a largo plazo
- 14) Necesidad de estimulación constante y tendencia al aburrimiento.
- 15) Diversas relaciones matrimoniales de corta duración.
- 16) Conductas delictivas

Este cuadro como todos los Trastornos de Personalidad se caracteriza por ser sus rasgos inflexibles y crónicos, no es modificable ni por experiencia ni por aprendizaje, puede disminuir en la adultez a partir de la cuarta década de la vida. Para realizar un diagnóstico preciso es necesario diferenciarlo de otros cuadros como Esquizofrenia o Episodio Maníaco, Trastorno Narcisista, Límite o Histriónico de la Personalidad.

Las personas con rasgos de personalidad antisocial generalmente no suelen concurrir al tratamiento por voluntad propia, en cambio sus familiares o personas del entorno solicitan son las que solicitan ayuda terapéutica.

- ***Psicopatía y criminalidad.***

Todas las estadísticas resaltan el elevado porcentaje de psicópatas entre la población delincuyente, muy superior al que corresponde a los enfermos mentales en sentido estricto. Los psicópatas con mayor criminalidad son los desalmados, seguidos por los abúlicos, hipertímicos, necesitados de estimación y explosivos.

Respecto a la responsabilidad del cometimiento de un delito, la tendencia actual es a considerar a los psicópatas imputables y, por tanto, sujetos a sanción penal, sin tener en cuenta para nada su personalidad; ya que tales personalidades poseen la facultad necesaria para conocer la punibilidad del hecho y para actuar con arreglo a este conocimiento, aunque los motivos de su actuación radiquen más en el temor al castigo y en el egoísmo que en verdaderos valores morales. Tan sólo en aquellos casos en que se sobreañadan otras

alteraciones psíquicas, como, por ejemplo, la oligofrenia podrá tenerse en cuenta una imputabilidad parcial o, incluso, inimputabilidad.

TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD

Este trastorno, según la DSM-IV-TR se incluiría en el Grupo B: teatrales, volubles o impulsivos (junto al trastorno límite de la personalidad, trastorno histriónico de la personalidad y trastorno narcisista de la personalidad).

Se han utilizado diferentes términos para denominar a este trastorno: psicopatía o trastorno disocial de la personalidad.

En general, siempre se han asociado al trastorno antisocial de la personalidad la maldad unida a la locura.

- *El estilo antisocial de personalidad*

Características generales:

Tienen un comportamiento agresivo, temerario, precipitado y espontáneo, no pueden hacer planes de largo plazo.

Son unos apasionados de los viajes y muy generosos con el dinero.

El miedo no es desagradable sino algo emocionante. Buscan sensaciones nuevas continuamente. Viven al límite, el aquí y ahora: se arriesgan continuamente en diferentes ámbitos de su vida y en el riesgo encuentran la recompensa.

No se preocupan demasiado por las consecuencias de sus actos tampoco tienen en cuenta los deseos de los demás. Es más, no pueden aprender de las consecuencias negativas de sus acciones aunque sean “castigados”. Y tampoco suelen temer al castigo.

Mantienen la claridad y la lógica de sus capacidades cognitivas, aunque presentan patrones cognitivos rígidos e inflexibles.

La cuestión es que estas personas aunque conocen bien el sentido legal y moral (costumbres o formas de comportamiento humano) no lo ponen en práctica porque lo que está alterado no es su capacidad de juicio de valores, sino de ética (parte de la filosofía que trata de la moral de los actos humanos calificándolos de buenos o malos).

Y, algo muy ligado a la ética, son los remordimientos o el sentir culpabilidad, que tampoco presentan estas personas.

Pero hay que tener en cuenta que no todas las personas con este trastorno son criminales, porque muchas se las ingenian para evitar cualquier contacto con el sistema judicial. Por eso el término “criminalidad” que también se utiliza indistintamente en la literatura para describir este trastorno de la personalidad es erróneo.

En la esfera Social:

Tienen una gran confianza en sí mismos, pero desconfían mucho de los demás, son extrovertidos y arrogantes pero pueden resultar encantadores porque expresan abiertamente sus sentimientos, parecen muy transparentes. En realidad son manipuladores y han aprendido la mecánica emocional de la comunicación interpersonal pero no experimentan emociones, sólo hablan de ellas de oídas. Aunque verbalizan su preocupación por algunas personas en realidad se despreocupan. No pueden entender los sentimientos de los demás.

Tienen mucho poder para influir y persuadir a los demás. Con el fin de obtener lo que desean, estimulan la compasión del otro, lo seducen y dicen lo que quiere oír el otro. Para que sus actos más feos sean aceptados suelen inventar explicaciones sobre su triste infancia o sus desgracias pasadas, haciéndose las víctimas.

Un punto de inflexión, que se puede mirar desde un lado malo o bueno es que no se dejan influir por los demás, ni por la sociedad, teniendo un código propio de valores y no necesitan la aprobación de los demás, ni para subirle la autoestima. Son independientes y

esperan que los demás lo sean también, no se preocupan mucho por los sentimientos ajenos.

Discuten con facilidad. En vez de arreglar problemas se preocupan en vengarse. Pueden llegar a ser muy vengativos y humillantes con quienes considera sus enemigos. Así que no es aconsejable llevarse mal con estas personas ya que además son astutos para descubrir los puntos débiles de los demás (esto recuerda también a la Manía).

Por lo tanto, al relacionarse con las mujeres que poseen trastorno antisocial hay que tener en cuenta que no suelen decir la verdad ni se puede confiar en ellas ya que no mantienen las promesas, fácilmente se pondrán agresivas y emocionalmente son vacías, frías. Lo que importa es ella misma, no se preocupará por ti en ningún momento a no ser que seas el instrumento para conseguir lo que quiere (su objetivo o placer). Se niegan a hacer nada por nadie a menos que entrañe dificultad.

Se llevaría bien con personas

- De rasgos histriónicos: para avivar la sexualidad
- Límite: igual que los histriónicos
- Autodestructivos: les dan flexibilidad
- Obsesivos-compulsivos: les darían el grado de responsabilidad que necesita una pareja

En la esfera Afectiva:

Son hipersexuales y poseen varias parejas. Son unas personas muy promiscuas y rara vez llegan a tener una relación estable, en este caso son infieles, todo esto conlleva un alto riesgo a contraer enfermedades como el Sida. Además muestran poca preocupación por su salud.

Su consumo de drogas (muy probable) puede llevarla a abusar de la pareja o de los hijos.

Buenos compañeros y amantes sólo si consideran que la relación les aporte placer y emoción, sino acaban cansándose.

En la esfera Laboral

Una persona que posee rasgos de personalidad antisocial o trastorno antisocial tendrá una característica muy importante en ellos es la competitividad, ingenio y lucha, que es algo positivo en la sociedad que vivimos pero cuando es muy acusada suele entrar en conflicto con las normas sociales y los derechos de los demás, tienen una gran necesidad de controlar el ambiente.

No mantienen los compromisos de honor (ni las promesas interpersonales).

No son cooperativos y provocan peleas, muchas de ellas pueden surgir ante las derrotas ya que reaccionan muy mal ante ellas.

A pesar de todo ello, son muy buenos en el trabajo si su tarea le ofrece nuevos retos y estimulación. Esto unido a que no necesite trabajar en equipo, o incluso que sea él/ella la que ordene, podría triunfar perfectamente en este aspecto.

- ***Criterios diagnósticos para trastornos de la personalidad¹ (DSM IV)***
TR

Aunque es el trastorno de personalidad más estudiado empíricamente, hay bastante confusión en el diagnóstico y el tratamiento.

A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:

1. cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos)

(1) ¹<http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv16.html>

2. afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional)

3. actividad interpersonal

4. control de los impulsos

- B.** Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
- C.** Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D.** El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.
- E.** El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.
- F.** El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal).

- ***Criterios Diagnósticos para Trastorno de la Personalidad Antisocial (DSM-IV-TR)²***

F60.2 Trastorno antisocial de la personalidad

A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems:

²<http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv16.html>

1. Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención
2. Deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer
3. Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro
4. Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones
5. Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás
6. Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas
7. Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros

B. El sujeto tiene al menos 18 años.

C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.

D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maníaco.

Diferencias con CIE-10: lo llama trastorno disocial de la personalidad y no es un criterio esencial el que la persona haya presentado pruebas de un trastorno disocial antes de los 15 años de edad.

- Epidemiología y Curso

Es difícil acotar el porcentaje de población total que padece este trastorno, debido a que las personas que lo sufren carecen de conciencia de enfermedad. Frecuentemente están en prisión y el tratamiento allí es aquello que les lleva a aparecer en una consulta.

La incidencia en la población normal es de 1-3%, y de los 3-30% en muestra clínicas. Destacar que estudios realizados con muestras de personas en prisión la cifra se dispara hasta un 75%.

Suelen padecerlo más los hombres (prevalencia del 3%) que las mujeres (prevalencia de 1%).

Este trastorno suele estar ligado a un nivel socioeconómico bajo y al medio urbano, pero es necesario estudiar el entorno antes de diagnosticar porque algunas conductas antisociales pueden ser estrategias de supervivencia en determinadas circunstancias.

El trastorno antisocial de la personalidad tiene un curso crónico, aunque suele remitir o disminuir en gravedad cuando el sujeto crece, especialmente alrededor de los 40 años.

- Etiología

Se distinguen:

Factores biológicos: Se han realizado en América Latina gran cantidad de estudios para encontrar factores biológicos que estén relacionados con el trastorno antisocial de la personalidad. Estos estudios han encontrado las siguientes conexiones posibles:

- Altos niveles de testosterona que se relacionan con el trastorno de hiperactividad con déficit de atención y comportamiento agresivo, así como trastorno de la personalidad antisocial en la vida adulta.

- Bajos niveles de serotonina y altos de dopamina se relacionan con conductas agresivas, violentas e impulsividad del trastorno antisocial de la personalidad.
- El trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la temprana infancia incrementa el riesgo de desarrollar trastorno antisocial de la personalidad.
- A través de técnicas de neuroimagen se ha encontrado que las personas afectadas por el trastorno antisocial de la personalidad presentan un 11% menos de volumen de materia gris en la zona prefrontal en ausencia de lesiones, así como una reducción del metabolismo de la glucosa en el cortexprefrontal y asimetrías anormales en la amígdala, el hipocampo y el tálamo. Estos déficits explicarían la baja activación ante estímulos estresantes, la ausencia de condicionamiento al miedo, la falta de atención y el déficit en la toma de decisiones.
- Otros estudios afirman que las personas que padecen trastorno antisocial de la personalidad presentan menor activación cortical y mayor desinhibición motora, lo que les lleva a actuar antes de analizar las consecuencias.
- Se encuentran deficiencias en el lóbulo frontal con lo que se explican gran número de síntomas del trastorno, entre ellos la conducta social y el juicio ético y moral, además de muchos otros.
- De estudios psicofisiológicos se deduce que las personas afectadas por el trastorno tienen problemas de activación fisiológica, presentan un déficit de activación lo cual les lleva a tener un vago reconocimiento del significado emocional ante estimulación aversiva. Se realizaron múltiples estudio al

respecto de este asunto coincidiendo todos en que los “psicópatas” tenían serias dificultades para experimentar emociones.

- Factores Ambientales Entre los factores ambientales implicados en el desarrollo del trastorno antisocial de la personalidad cabe destacar los factores familiares y los relacionados con el aprendizaje:
 - El papel de las pautas de crianza puede ser crucial, puede haber varias combinaciones pero en general las pautas que muestren al niño el mundo como un lugar frío y desolador generarán con mayor probabilidad una falta de sensibilidad y de sentimientos de apego, además de otras carencias como falta de empatía. Los modelos parentales de indiferencia son quizás los que más contribuyen al desarrollo del trastorno antisocial de la personalidad.
 - El aprendizaje supone un factor crucial, que puede venir de cualquier parte generando estructuras de aprendizaje patológicas. Refuerzo de la conducta agresiva y vengativa se potencia por la disminución del control de impulsos, se desprecia el afecto y la cooperación, sentimientos de inferioridad, temor a la dominación y explotación por parte de los otros. Esto lleva a que las acciones defensivas se centren en la venganza y el deseo de humillar. La autonomía y la dominación se cree que pueden servir para aliviar los sentimientos de injusticia del pasado.

Evaluación

Además de utilizar los criterios diagnósticos y los autoinformes, es necesario realizar una biografía del paciente, incluyendo en ella las relaciones, servicio militar, logros en los estudios y el trabajo, detenciones y condenas, consumo de drogas, su salud física, las circunstancias de la vida y la concepción de sí mismo. Aparte de estas fuentes de información, es necesario contar con otras como la familia, los amigos o la pareja.

Diagnóstico diferencial y comorbilidad.

En cuanto al diagnóstico diferencial, si aparece asociado a un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, no se diagnosticará el TAP a menos que se cumpla el criterio en el que el sujeto presenta los signos del trastorno antisocial en la infancia, y que éstos no hayan remitido hasta la edad adulta. Tampoco deberá ser diagnosticado como TAP, en el caso en que el comportamiento antisocial aparezca solo en el transcurso de una esquizofrenia o episodio maníaco.

Respecto a otros trastornos de la personalidad, con el trastorno narcisista de la personalidad (TNP) comparte las características de dureza, falta de sinceridad, superficialidad, falta de empatía y conductas explotadoras, pero no presenta otras como la impulsividad, la agresión o el engaño, ni comportamientos delictivos.

Con el trastorno histriónico de la personalidad (THP) comparte los rasgos de impulsividad, superficialidad, imprudencia, manipulación, búsqueda de sensaciones y actitud seductora, pero los histriónicos son más exagerados emocionalmente y no tienen conductas delictivas ni antisociales. Tanto los THP como los trastornos límite de la personalidad, manipulan a los demás para captar su atención, en cambio los TAP lo hacen para obtener beneficios (poder u objetos materiales).

En cuanto a la comorbilidad, muchos han sido los estudios que relacionan la adicción a los opiáceos con algún tipo de trastorno de la personalidad, aproximadamente dos tercios de los adictos, siendo el TAP el trastorno de personalidad más predominante. Aparte de estos estudios, también se realizaron unas investigaciones sobre la prevalencia de los trastornos de la personalidad relacionados con el juego patológico, ya que había un creciente interés en las altas tasas de jugadores patológicos y la aparición de rasgos antisociales en ellos.

Con otros trastornos de la personalidad, presenta comorbilidades con el trastorno narcisista, el histriónico y el límite, comprobándose también, la aparición de

comportamientos antisociales en sujetos con un trastorno paranoide (TPP) motivados por un deseo de venganza.

Tratamiento

Es difícil tratar las personas que padecen el trastorno antisocial de la personalidad, ya que en primer lugar no suelen acudir a consulta, y cuando lo hacen van por obligación. Éste suele ser ineficaz, es difícil establecer una buena relación con una persona que carece de empatía, desprecia las normas sociales y con dificultad para establecer relaciones fiables. La sintomatología del trastorno hace muy difícil el proceso.

Se han trabajado con sujetos en prisión que seguían estas directrices:

- 1- Es factible con sujetos que presentan un rango moderado del trastorno.
- 2- La intervención es más eficaz cuando se abordan los aspectos que conducen a la conducta delictiva (valores, actitudes antisociales, relaciones con otros delincuentes, consumo de drogas y déficits educativo-laborales)
- 3- Está orientado a fortalecer las habilidades sociales y modelar actitudes pro sociales.

En ambientes muy controlados se pueden utilizar otro tipo de tratamientos:

- Programa de economía de fichas.
- La comunidad terapéutica.

Se plantean varios tipos estos podrían centrarse en manejo de la ira y control de impulsos, mejorar la empatía con la víctima, solución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales.

La prescripción farmacológica es inútil para los síntomas centrales del trastorno que parecen ser de carácter cognitivo (falta de remordimientos, engaño, irresponsabilidad constante, comportamiento delictivo), mientras que funciona para síntomas como la impulsividad o la irritabilidad. Se administran fármacos determinados para cada síntoma.

- *Psicopatología*

Se define como el estudio de la conducta disfuncional en la personalidad, es decir de aquellos procesos psíquicos anómalos. Es así que la psicopatología tiene como objeto la investigación y el esclarecimiento de las disfunciones de la personalidad. Es para la criminología parte fundamental de su conformación el conocimiento de las perturbaciones de la personalidad, ya que la gran mayoría categorizan desviados sociales o perturbados que degeneran en delitos y atentan contra la sociedad en su bienestar último.

Psicopatía

La característica principal del psicópata es su amoralidad. La personalidad psicopática es una personalidad anómala que posee una desarmonía intrapsíquica congénita, posee un inestable equilibrio psíquico sin perder el contacto con la realidad, presenta episódicamente reacciones desequilibradas, afectivas, caracterológicas y temperamentales; esto le lleva ineludiblemente a un desajuste social.

Algunos tipos de psicópatas pueden entrar en la siguiente clasificación:

1. El psicópata desalmado, falta de consciencia moral, no siente remordimiento ni arrepentimiento, suele ser frío, gruñón y déspota; como criminal es del tipo mas peligroso y brutal, es decidido en el momento de complacer sus deseos por lo que parece carecer de amor y compasión. No procede de una crisis, sino que sus planes tienen un arreglo perfecto y no duda en usar los medios mas brutales.
2. El psicópata necesitado de estimación: se caracteriza por querer aparecer siempre mas de los que es o de lo que vale. Generalmente acude a la mentira y el mismo las cree. Es teatral, falso y carente de una auténtica afectividad.
3. El psicópata impulsivo: Se caracteriza por el contraste entre sus explosiones súbitas y su restante comportamiento, mas bien tranquilo y lento. En una de sus crisis se comporta de un modo totalmente brutal en el cual llega a los crímenes más

violentos y carece de capacidad para defenderse a si mismo, para huir o para ocultar el crimen, dentro de este grupo pueden encontrarse los multihomicidas.

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1.) Enfoque

El enfoque de esta investigación es crítico propositivo de carácter cuantitativo cualitativo.

Es crítico propositivo ya que analizamos, observamos la realidad y proponemos alternativas de solución para mejorar los problemas y de esta manera la calidad de vida. Cuantitativo por que se recaba información que es sometida a un análisis matemático. Cualitativo por que los resultados en porcentajes pasan a ser analizados con soporte del marco teórico.

3.2.) Modalidad Básica de la Investigación

La presente investigación ha sido realizada de forma articulada y sistematizada utilizando la información proveniente tanto de fuentes bibliográficas como de la investigación de campo a través de entrevistas encuestas y cuestionarios de acuerdo a las necesidades investigativas.

- Documental – Bibliográfica: La investigación fue realizada mediante la utilización de literatura científica, basándome en consultas tanto en libros, textos, internet, y en trabajos investigativos previamente realizados.
- De Campo: porque se trabajó con la situación real del padecimiento y los trastornos relacionados con el lóbulo frontal
- Técnicas Psicológicas: Entrevista, Historias Clínicas, Cuestionarios, Observaciones directas.

- Método Clínico: Exploración, estudio y análisis de signos, síntomas y a través de los datos bibliográficos para su respectivo diagnóstico.

3.3) Nivel o Tipo de Investigación

El proceso de investigación a seguir es Explicativo porque responde al “Porque”, es decir a la causalidad del conflicto o problema. De esta manera comprueba experimentalmente las hipótesis, y permite reconocer variables de interés investigativo y ayudando a reducir el problema investigado, con la finalidad de descubrir las causas de un fenómeno y sobre todo detectar y dar a conocer los factores determinantes e incidencia de la personalidad antisocial, así como también Descriptivo porque compara dos o más fenómenos.

- Explicativo: Porque se detectaron los factores determinantes de ciertos comportamientos
- Descriptivo: Porque el problema es puntualizado en todos sus aspectos
- Asociación de Variables: Por la relación que se establece entre las variables.

3.4) Población y Muestra

El presente trabajo investigativo contó con la participación de 30 personas privadas de libertad del pabellón número uno, mismas que conforman el universo de investigación ya que no fue necesario un muestreo, sino más bien la utilización de toda la población situándose geográficamente en el Centro de Rehabilitación Social de Ambato.

3.5) OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

3.5.1 Variable Independiente: Funciones cognitivas del lóbulo frontal

Conceptualización	Categorías o Dimensiones	Indicadores	Ítem Básico	Técnicas	Instrumento
El lóbulo Frontal es una parte del cerebro localizado en la parte anterior, estas son más modernos filogenéticamente. También se desarrolla la producción lingüística y oral, es el encargado de las funciones ejecutivas y de la conducta	Capacidad de plantear soluciones Razonamiento y planificación Impulsividad Agresividad Flexibilidad Atención Memoria Lenguaje Orientación	Capacidades que intervienen en resolver problemas cotidianos, percibe lo que hay a su alrededor, y ejecuta acciones complejas con un objetivo Respuesta a un estímulo del medio ambiente	Cosechar es lo contrario de: 1) Obtener 2) Animar 3) Continuar 4) Existir 5) Sembrar Si una persona me molesta u ofende recorro a la violencia A: Nunca B: Rara vez C: Algunas veces D: Frecuentemente E: Siempre	Entrevista Observación Historia Clínica	Test de funciones cognitivas abreviado Wonderlic

Cuadro #1: Funciones Cognitivas del Lóbulo Frontal

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

3.5.1 Variable Dependiente: Rasgos de Personalidad Antisocial

Conceptualización	Categorías o Dimensiones	Indicadores	Ítem Básico	Técnicas	Instrumentos
Es un rasgo de personalidad de índole psíquico, las personas que la padecendean de lado la importancia de las normas sociales como son las leyes y los derechos individuales.	Agresión a personas o amenazas Destrucción de la propiedad Uso de mentiras y robo Violación grave de reglas	Muy frecuentemente (Diario) Frecuente (1 vez por semana) Ocasional (1 vez por mes) Nunca (jamás)	¿Alguna vez ha abandonado su casa por la noche? Has hecho daño a algún animal en tu infancia, adolescencia o adultez?	Entrevista Observación Historia Clínica	Cuestionario rasgos de personalidad antisocial basado en los criterios diagnósticos del DSM IV

Cuadro #2: Rasgos de Personalidad Antisocial

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

3.6) Plan de recolección de información

Para la recolección de la información se empleó la entrevista, historia clínica y la aplicación del test neuropsicológico de funciones cognitivas Wonderlic abreviado cuantificó la variable independiente, y el Cuestionario rasgos de personalidad antisocial basado en los criterios diagnósticos del DSM IV TR cuantificó la variable dependiente a 30 personas privadas de libertad los mismos que determinaron si las funciones cognitivas del lóbulo frontal tienen relación con los rasgos de personalidad antisocial en los internos del pabellón # 1 del Centro de Rehabilitación Social de Ambato.

El proceso se siguió metódicamente y sigilosamente para una mejor obtención de los resultados, cada uno de los ítems mencionados tiene un espacio y tiempo para la secuencia.

3.6.1) Historias clínicas

Permitió recoger información evolutiva y patológica de la vida del sujeto

3.6.2) Cuestionario rasgos de personalidad antisocial basado en los criterios diagnósticos del DSM IV TR

El mismo que otorgó de una manera objetiva la medición de los rasgos de personalidad y determinara cual es el rasgo prominente de personalidad antisocial.³

3.6.3) Test de funciones cognitivas Wonderlic Abreviado

Consta de tres parámetros la primera evaluó la Capacidad de plantear soluciones a problemas, Razonamiento y Planificación, la segunda parte evaluó Impulsividad,

³ ANEXO 1 cuestionario de personalidad antisocial basado criterios diagnósticos DSM IV

Agresividad, Flexibilidad, y la tercera y última evaluará Atención. Memoria, Lenguaje y Orientación. Consta de 15 preguntas la primera parte el evaluado deberá tachar la respuesta correcta, en la segunda subrayar la respuesta que crea conveniente y en la tercera escuchar con atención y realizar las ordenes, así podremos evaluar las funciones cognitivas de los internos del pabellón 1 del CRSA.⁴

Confiabilidad

En 1982, Carl Dodrill llevó a cabo un estudio en el que 57 adultos se les administró el Wonderlic dos veces en un período de cinco años. En el Diario de Psicología Clínica y Consultoría, Dodrill informó que la fiabilidad test-retest para la Wonderlic era 0.94.

Más recientemente, según un artículo de Psychological Reports, el Wonderlic anotó $r = 0,87$ en la escala de fiabilidad en comparación con la calificación de la prueba de Pearson de $r = .21$. sobre 1 punto

3.7) Procesamiento de información

Una vez recolectada la información se procedió a la tabulación a través de las respectivas representaciones estadísticas, para la elaboración de los cuadros con sus respectivos porcentajes y gráficos con el objetivo de tener un mejor entendimiento de los resultados obtenidos en el trabajo de investigación

⁴ ANEXO 2 Test de funciones cognitivas Wonderlic Abreviado

CAPITULO IV

ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Análisis e interpretación

Cuestionario de Criterios Diagnósticos para Personalidad Antisocial basado en los Criterios Diagnósticos del DSM IV TR ⁵

(Agresión a personas o amenazas)

1) ¿Alguna vez usted ha participado en acciones intimidatorias o amenazas?

	Muy frecuentemente (diario)	Frecuentemente (1 vez por semana)	Ocasional (1 vez por mes)	Nunca (jamás)	Total
N°	2	15	10	3	30
%	7	50	33	10	100

Cuadro #3: Pregunta #1. Cuestionario Rasgos Personalidad Antisocial DSM IV TR

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Análisis: según el cuadro 3, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 7% responde muy frecuentemente (diario), el 50% responde frecuentemente (una vez por semana), el 33% responde ocasionalmente (1 vez por mes), y el 10 % responde nunca haber participado en acciones intimidatorias o amenazas.

⁵ ANEXO 1

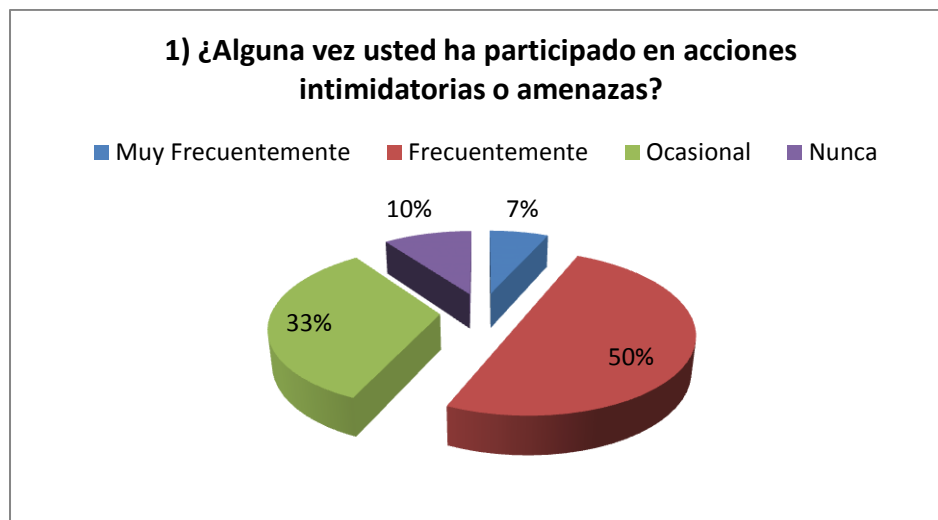


Gráfico #1: Pregunta #1. Cuestionario Rasgos Personalidad Antisocial DSM IV TR

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Interpretación: en el gráfico #1, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 7% responde muy frecuentemente (diario), el 50% responde frecuentemente (una vez por semana), el 33% responde ocasionalmente (1 vez por mes), y el 10 % responde nunca haber participado en acciones intimidatorias o amenazas, siendo características del Trastorno de Personalidad Antisocial, y hay que resaltar que el 50 % de los entrevistados han respondido que lo hacían frecuentemente.

2) ¿A lo largo de su vida usted ha participado en peleas?

	Muy frecuentemente	frecuentemente	Ocasional	Nunca	Total
N°	25	5	0	0	30
%	84	16	0	0	100

Cuadro #4: Pregunta #2. Cuestionario Rasgos Personalidad Antisocial DSM IV TR

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Análisis: según el cuadro 4, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 84% responde muy frecuentemente (diario), el 16% responde frecuentemente (una vez por semana), el 0% responde ocasionalmente (1 vez por mes), y el 0 % responde nunca haber participado en peleas.



Gráfico #2: Pregunta #2. Cuestionario Rasgos Personalidad Antisocial DSM IV TR

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Interpretación: en el gráfico 2, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 84% responde muy frecuentemente (diario), el 16% responde frecuentemente (una vez por semana), el 0% responde ocasionalmente (1 vez por mes), y el 0 % responde nunca haber participado en peleas. Al ser las peleas o riñas unacaracterística del Trastorno de Personalidad Antisocial, y hay que resaltar que el 84 % de los entrevistados han respondido que lo hacían muy frecuentemente.

3) ¿Alguna vez en su vida usted ha utilizado un arma con potencial de causar lesiones (pistola, cuchillo, palo, vidrio roto)?

	Muy frecuentemente	frecuentemente	Ocasional	Nunca	Total
N°	10	14	6	0	30
%	33	47	20	0	100

Cuadro #5: Pregunta #3. Cuestionario Rasgos Personalidad Antisocial DSM IV TR

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Análisis: según el cuadro 5, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 33% responde muy frecuentemente (diario), el 47% responde frecuentemente (una vez por semana), el 20% responde ocasionalmente (1 vez por mes), y el 0 % responde nunca a la pregunta realizada alguna vez en su vida ha utilizado un arma con potencial de causar lesiones (pistola, cuchillo, palo, vidrio roto).

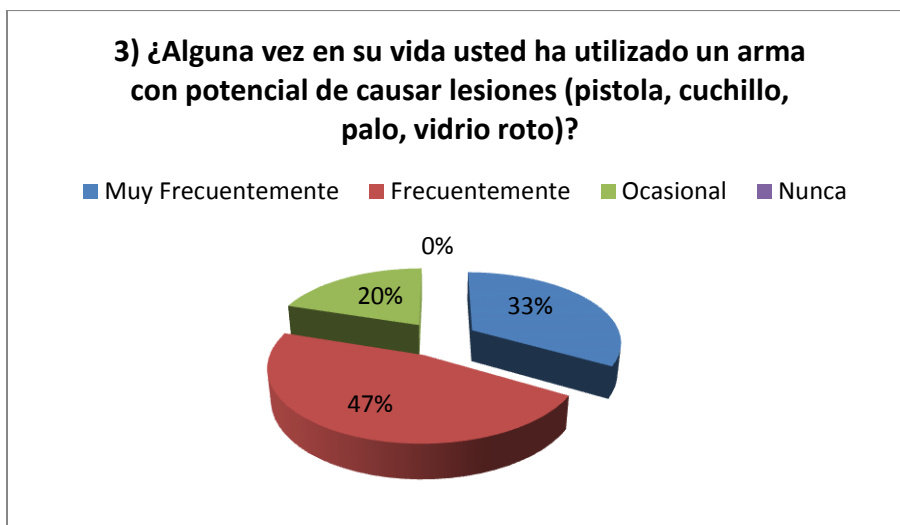


Gráfico #3:Pregunta #3. Cuestionario Rasgos Personalidad Antisocial DSM IV TR

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Interpretación: en el gráfico 3, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 33% responde muy frecuentemente (diario), el 47% responde frecuentemente (una vez por semana), el 20% responde ocasionalmente (1 vez por mes), y el 0 % responde a la pregunta realizada su vida usted ha utilizado un arma con potencial de causar lesiones (pistola, cuchillo, palo, vidrio roto). Siendo esta una de las principales acciones por las cuales se ha detenido a varios de los internos, hay que resaltar que el 47% de los entrevistados han respondido que lo hacían frecuentemente.

4) ¿A lo largo de su vida ha manifestado crueldad física contra personas y/ o animales?

	Muy frecuentemente	frecuentemente	Ocasional	Nunca	Total
N°	8	10	12	0	30
%	27	33	40	0	100

Cuadro #6: Pregunta #4. Cuestionario Rasgos Personalidad Antisocial DSM IV TR

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Análisis: según el cuadro 6, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 27% responde muy frecuentemente (diario), el 33% responde frecuentemente (una vez por semana), el 40% responde ocasionalmente (1 vez por mes), y el 0 % responde nunca a la pregunta realizada a lo largo de su vida ha manifestado crueldad física contra personas y/ o animales

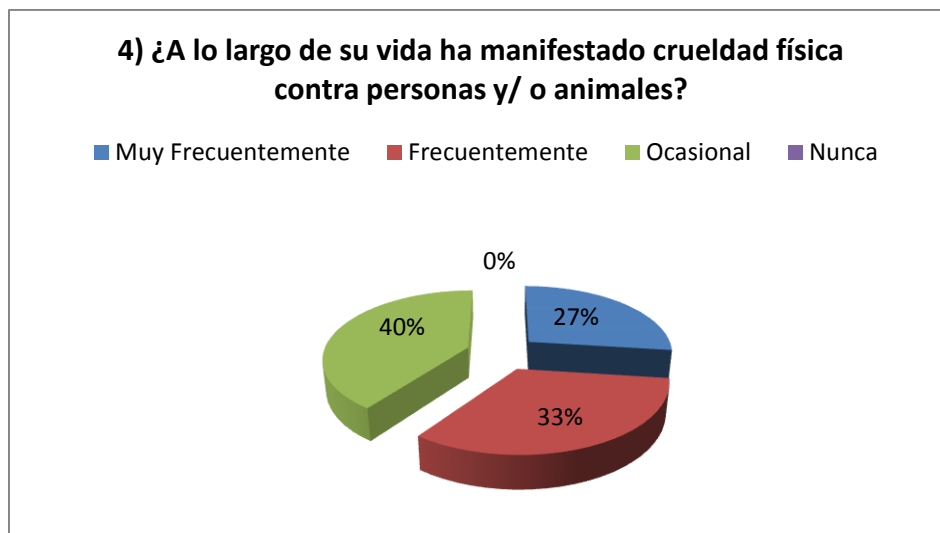


Gráfico #4: Pregunta #4. Cuestionario Rasgos Personalidad Antisocial DSM IV TR

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Interpretación: en el gráfico 4, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 27% responde muy frecuentemente (diario), el 33% responde frecuentemente (una vez por semana), el 40% responde ocasionalmente (1 vez por mes), y el 0 % responde a la pregunta realizada A lo largo de su vida ha manifestado crueldad física contra personas y/ o animales, hay que resaltar que el 40% de los entrevistados han respondido que lo hacían ocasionalmente es decir una vez por mes, hay que recalcar que hacer daño no solo implica matar sino también cualquier tipo de contusión

5) ¿Alguna vez en su vida usted ha participado en robos con confrontación (robo armado, extorsión atraco o arrebato de bolsas)?

	Muy frecuentemente	frecuentemente	Ocasional	Nunca	Total
N°	0	10	10	10	30
%	0	33	33	33	100

Cuadro #7: Pregunta #5. Cuestionario Rasgos Personalidad Antisocial DSM IV TR

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Análisis: según el cuadro 7, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 0% responde muy frecuentemente (diario), el 33% responde frecuentemente (una vez por semana), el 33% responde ocasionalmente (1 vez por mes), y el 33% responde nunca a la pregunta realizada alguna vez en su vida usted ha participado en robos con confrontación (robo armado, extorsión atraco o arrebato de bolsas).

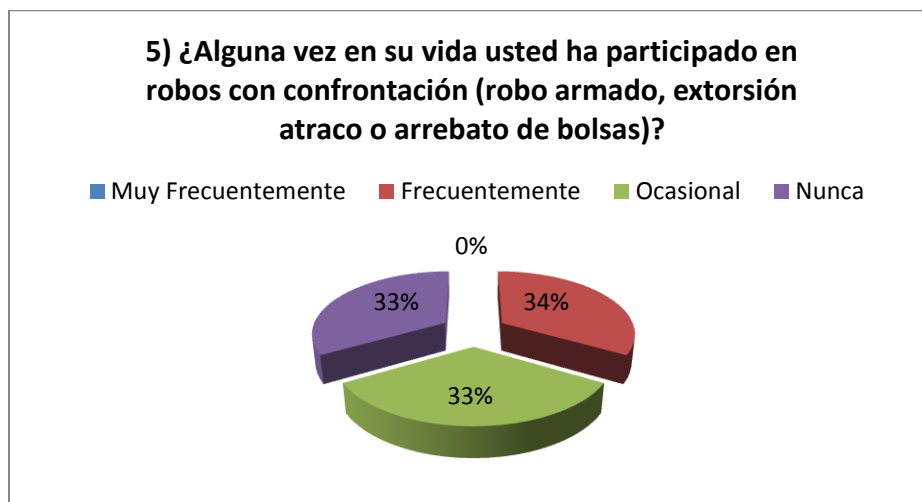


Gráfico #5: Pregunta #5. Cuestionario Rasgos Personalidad Antisocial DSM IV TR

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Interpretación: en el gráfico 5, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 0% responde muy frecuentemente (diario), el 33% responde frecuentemente (una vez por semana), el 33% responde ocasionalmente (1 vez por mes), y el 33% responde nunca a la pregunta realizada alguna vez en su vida usted ha participado en robos con confrontación (robo armado, extorsión atraco o arrebato de bolsas), según el resultado del cuestionario los internos mencionan que el 33% ha participado en robos con confrontación frecuentemente, ocasionalmente y nunca.

6) ¿A lo largo de su vida usted ha mantenido relaciones sexuales forzadas con alguien?

	Muy frecuentemente	frecuentemente	Ocasional	Nunca	Total
N°	5	8	10	7	30
%	16	27	33	24	100

Cuadro #8: Pregunta #6. Cuestionario Rasgos Personalidad Antisocial DSM IV TR

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Análisis: según el cuadro 8, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 16% responde muy frecuentemente (diario), el 27% responde frecuentemente (una vez por semana), el 33% responde ocasionalmente (1 vez por mes), y el 24% responde nunca a la pregunta realizada a lo largo de su vida usted ha mantenido relaciones sexuales forzadas con alguien

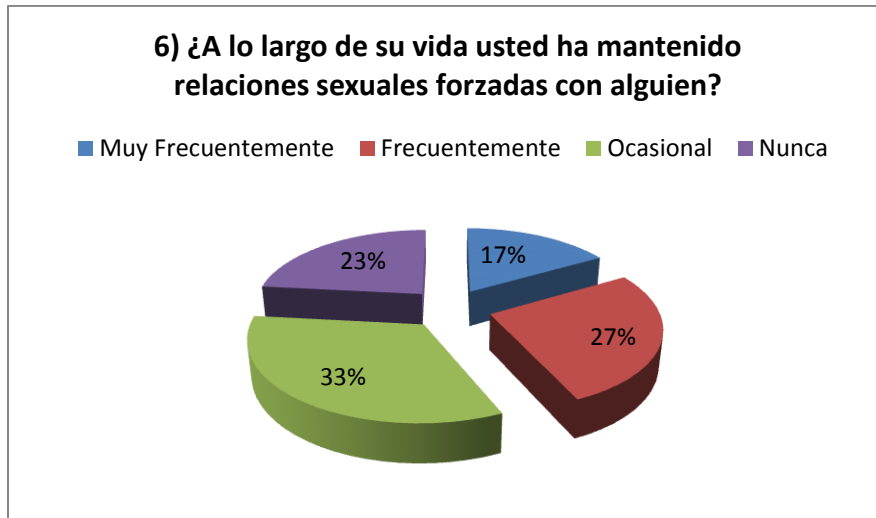


Gráfico #6: Pregunta #6. Cuestionario Rasgos Personalidad Antisocial DSM IV TR

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Interpretación: en el gráfico 6, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 16% responde muy frecuentemente (diario), el 27% responde frecuentemente (una vez por semana), el 33% responde ocasionalmente (1 vez por mes), y el 24% responde nunca a la pregunta realizada a lo largo de su vida usted ha mantenido relaciones sexuales forzadas con alguien, tomando en cuenta que este comportamiento sexual de los internos se realizaba cuando ellos gozaban de su libertad en este momento se ha visto reducido a la visita conyugal que se realiza una vez por semana

(Destrucción de la propiedad)

7) ¿Ha propiciado incendios con el objetivo de causar daño grave?

	Muy frecuentemente	frecuentemente	Ocasional	Nunca	Total
N°	3	2	7	18	30
%	10	7	23	60	100

Cuadro #9: Pregunta #7. Cuestionario Rasgos Personalidad Antisocial DSM IV TR

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Análisis: según el cuadro 9, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 10% responde muy frecuentemente (diario), el 7% responde frecuentemente (una vez por semana), el 23% responde ocasionalmente (1 vez por mes), y el 60% responde nunca a la pregunta realizada ha propiciado incendios con el objetivo de causar daño grave

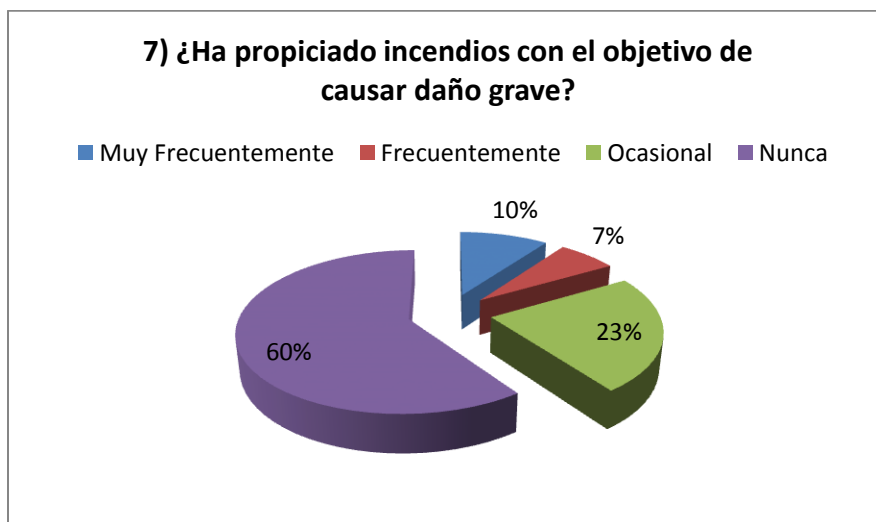


Gráfico #7: Pregunta #7. Cuestionario Rasgos Personalidad Antisocial DSM IV TR

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Interpretación: en el gráfico 7, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 10% responde muy frecuentemente (diario), el 7% responde frecuentemente (una vez por semana), el 23% responde ocasionalmente (1 vez por mes), y el 60% responde nunca a la pregunta realizada ha propiciado incendios con el objetivo de causar daño grave, este baremo se ha prestado especial atención por ser una característica importante de la impulsividad.

8) ¿Alguna vez a lo largo de su vida usted ha propiciado daños deliberados a la propiedad ajena?

	Muy frecuentemente	frecuentemente	Ocasional	Nunca	Total
N°	0	11	14	5	30
%	0	36	47	17	100

Cuadro #10: Pregunta #8. Cuestionario Rasgos Personalidad Antisocial DSM IV TR

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Análisis: según el cuadro 10, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 0% responde muy frecuentemente (diario), el 36% responde frecuentemente (una vez por semana), el 47% responde ocasionalmente (1 vez por mes), y el 17% responde nunca a la pregunta realizada alguna vez a lo largo de su vida usted ha propiciado daños deliberados a la propiedad ajena.

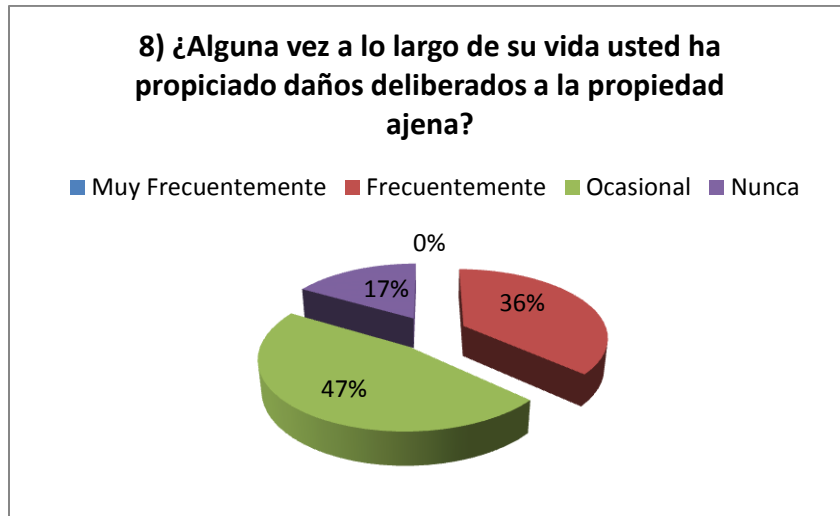


Gráfico #8: Pregunta #8. Cuestionario Rasgos Personalidad Antisocial DSM IV TR

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Interpretación: en el gráfico 8, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 0% responde muy frecuentemente (diario), el 36% responde frecuentemente (una vez por semana), el 47% responde ocasionalmente (1 vez por mes), y el 17% responde nunca a la pregunta realizada alguna vez a lo largo de su vida usted ha propiciado daños deliberados a la propiedad ajena, a muchos psicólogos preocupa este rasgo ya que es un rasgo importante para el diagnóstico

9) ¿A lo largo de su vida usted ha participado en invasiones en un edificio o casa ajena?

	Muy frecuentemente	frecuentemente	Ocasional	Nunca	Total
N°	1	3	6	20	30
%	3	10	20	66	100

Cuadro #11: Pregunta #9. Cuestionario Rasgos Personalidad Antisocial DSM IV TR

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Análisis: según el cuadro 11, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 3% responde muy frecuentemente (diario), el 10% responde frecuentemente (una vez por semana), el 20% responde ocasionalmente (1 vez por mes), y el 66% responde nunca a la pregunta realizada a lo largo de su vida usted ha participado en invasiones en un edificio o casa ajena



Gráfico #9: Pregunta #9. Cuestionario Rasgos Personalidad Antisocial DSM IV TR

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Interpretación: en el gráfico 9, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 3% responde muy frecuentemente (diario), el 10% responde frecuentemente (una vez por semana), el 20% responde ocasionalmente (1 vez por mes), y el 67% responde nunca a la pregunta realizada a lo largo de su vida usted ha participado en invasiones en un edificio o casa ajena, ya que varios de los internos han respondido que nunca, más bien se han involucrado en peleas o ser agresivos, siendo casi nula la invasión a casa.

10) ¿En su vida ha mentido o ha roto promesas frecuentes, para obtener ventajas, evitar obligaciones o manipular?

	Muy frecuentemente	frecuentemente	Ocasional	Nunca	Total
N°	18	10	2	0	30
%	60	33	7	0	100

Cuadro #12: Pregunta #10. Cuestionario Rasgos Personalidad Antisocial DSM IV TR

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Análisis: según el cuadro 12, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 60% responde muy frecuentemente (diario), el 33% responde frecuentemente (una vez por semana), el 7% responde ocasionalmente (1 vez por mes), y el 0% responde nunca a la pregunta realizada En su vida ha mentido o ha roto promesas frecuentes, para obtener ventajas, evitar obligaciones o manipular

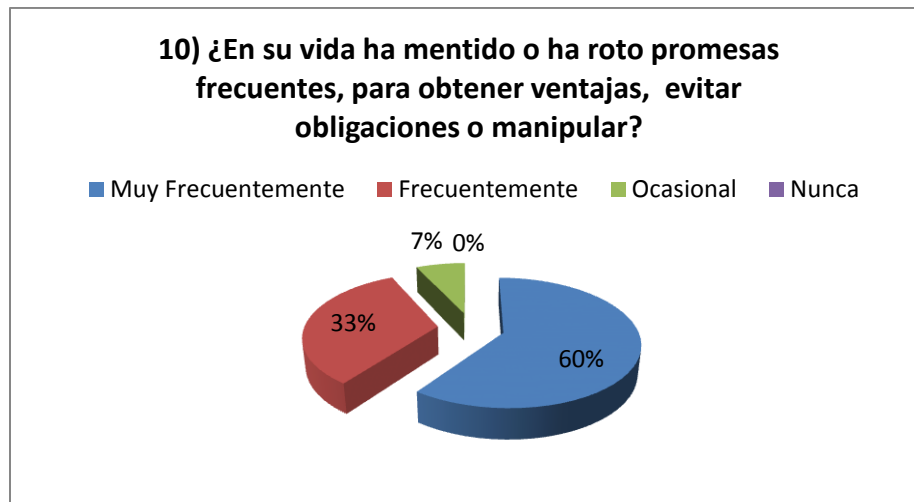


Gráfico #10: Pregunta #10. Cuestionario Rasgos Personalidad Antisocial DSM IV TR

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Interpretación: en el gráfico 10, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 60% responde muy frecuentemente (diario), el 33% responde frecuentemente (una vez por semana), el 7% responde ocasionalmente (1 vez por mes), y el 0% responde nunca a la pregunta realizada En su vida ha mentido o ha roto promesas frecuentes, para obtener ventajas, evitar obligaciones o manipular una característica muy importante y muy sobresaliente de los pacientes con rasgos de personalidad antisocial.

11) ¿Ha participado en robos, a domicilio, falsificaciones, robos ocultos en tiendas?

	Muy frecuentemente	frecuentemente	Ocasional	Nunca	Total
N°	12	14	2	2	30
%	40	46	7	7	100

Cuadro #13: Pregunta #11 Cuestionario Rasgos Personalidad Antisocial DSM IV TR

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Análisis: según el cuadro 13, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 40% responde muy frecuentemente (diario), el 46% responde frecuentemente (una vez por semana), el 7% responde ocasionalmente (1 vez por mes), y el 7% responde nunca a la pregunta realizada Ha participado en robos, a domicilio, falsificaciones, robos ocultos en tiendas

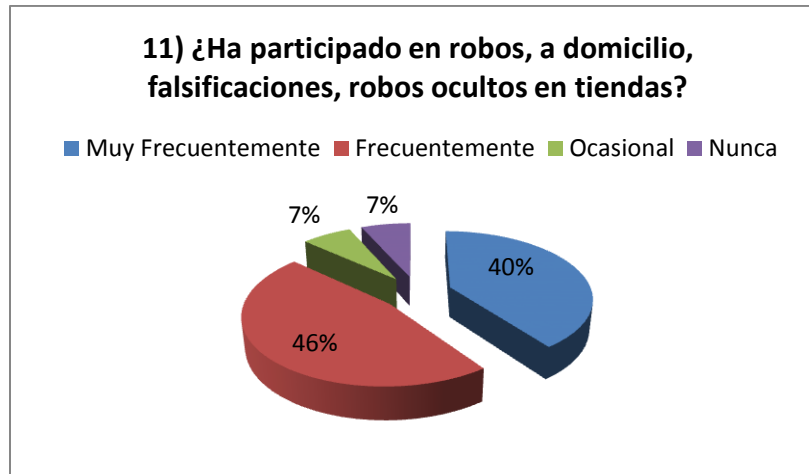


Gráfico #11: Pregunta #11. Cuestionario Rasgos Personalidad Antisocial DSM IV TR

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Interpretación: en el gráfico 11, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 40% responde muy frecuentemente (diario), el 46% responde frecuentemente (una vez por semana), el 7% responde ocasionalmente (1 vez por mes), y el 7% responde nunca a la pregunta realizada Ha participado en robos, a domicilio, falsificaciones, robos ocultos en tiendas la realización de una vez por semana de robos, falsificaciones ha obtenido el mayor puntaje en esta pregunta.

(Violación grave de reglas)

12) ¿Ha permanecido con frecuencia fuera de casa durante la noche sin la autorización de sus padres y/o tutor?

	Muy frecuentemente	frecuentemente	Ocasional	Nunca	Total
N°	14	10	3	3	30
%	47	33	10	10	100

Cuadro #14: Pregunta #12 Cuestionario Rasgos Personalidad Antisocial DSM IV TR

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Análisis: según el cuadro 14, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 47% responde muy frecuentemente (diario), el 33% responde frecuentemente (una vez por semana), el 10% responde ocasionalmente (1 vez por mes), y el 10% responde nunca a la pregunta realizada Ha permanecido con frecuencia fuera de casa durante la noche sin la autorización de sus padres y/o tutor

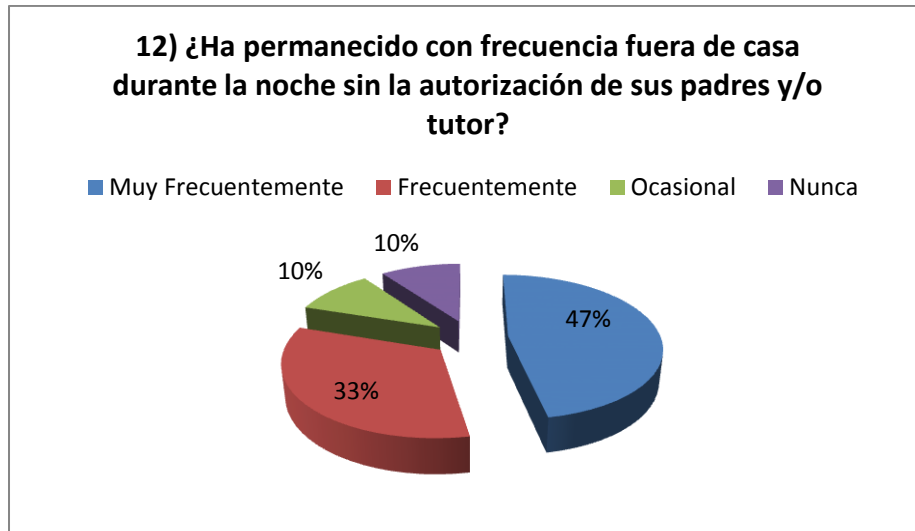


Gráfico #12: Pregunta #12. Cuestionario Rasgos Personalidad Antisocial DSM IV TR

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Interpretación: en el gráfico 12, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 47% responde muy frecuentemente (diario), el 33% responde frecuentemente (una vez por semana), el 10% responde ocasionalmente (1 vez por mes), y el 10% responde nunca a la pregunta realizada Ha permanecido con frecuencia fuera de casa durante la noche sin la autorización de sus padres y/o tutor la realización de todos los días en esta pregunta va formando los rasgos auténticos de una personalidad antisocial.

13) ¿En su vida ha mentido, usado sobrenombres o manipulado a otros para lograr algún tipo de ganancia o gratificación?

	Muy frecuentemente	frecuentemente	Ocasional	Nunca	Total
N°	18	10	2	0	30
%	60	33	7	0	100

Cuadro #15: Pregunta #13 Cuestionario Rasgos Personalidad Antisocial DSM IV TR

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Análisis: según el cuadro 15, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 60% responde muy frecuentemente (diario), el 33% responde frecuentemente (una vez por semana), el 7% responde ocasionalmente (1 vez por mes), y el 0% responde nunca a la pregunta realizada En su vida ha mentido, usado sobrenombres o manipulado a otros para lograr algún tipo de ganancia o gratificación



Gráfico #13: Pregunta #13. Cuestionario Rasgos Personalidad Antisocial DSM IV TR

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Interpretación: en el gráfico 13, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 60% responde muy frecuentemente (diario), el 33% responde frecuentemente (una vez por semana), el 7% responde ocasionalmente (1 vez por mes), y el 0% responde nunca a la pregunta realizada En su vida ha mentido, usado sobrenombres o manipulado a otros para lograr algún tipo de ganancia o gratificación se puede observar claramente que el 60% de los encuestados lo han realizada a diario fugas nocturnas de sus hogares o lugares donde residen.

14) ¿Es impulsivo o no previsor?

	Muy frecuentemente	frecuentemente	Ocasional	Nunca	Total
N°	30	0	0	0	30
%	100	0	0	0	100

Cuadro #16: Pregunta #14 Cuestionario Rasgos Personalidad Antisocial DSM IV TR

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Análisis: según el cuadro 16, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 100% responde muy frecuentemente (diario), el 0% responde frecuentemente (una vez por semana), el 0% responde ocasionalmente (1 vez por mes), y el 0% responde nunca a la pregunta realizada Es impulsivo o no previsor

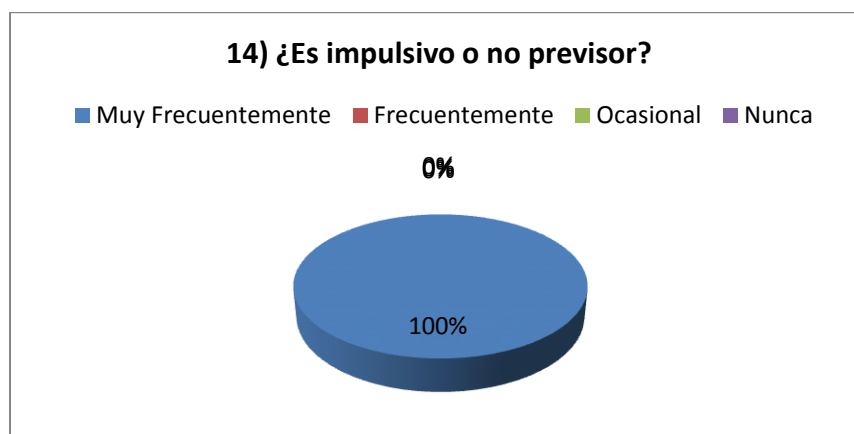


Gráfico #14: Pregunta #14. Cuestionario Rasgos Personalidad Antisocial DSM IV TR

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Interpretación: en el gráfico 14, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 100% responde muy frecuentemente (diario), el 0% responde frecuentemente (una vez por semana), el 0% responde ocasionalmente (1 vez por mes), y el 0% responde nunca a la pregunta realizada Es impulsivo o no previsor esta pregunta es una de las más importantes de esta investigación ya que la personalidad esta situada en el lóbulo frontal y al impulsividad es la característica principal de la personalidad antisocial.

15) ¿Demuestra irritabilidad y agresión mediante ataques recurrentes?

	Muy frecuentemente	frecuentemente	Ocasional	Nunca	Total
N°	19	5	4	2	30
%	63	17	13	7	100

Cuadro #17: Pregunta #15 Cuestionario Rasgos Personalidad Antisocial DSM IV TR

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Análisis: según el cuadro 17, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 63% responde muy frecuentemente (diario), el 17% responde frecuentemente (una vez por semana), el 13% responde ocasionalmente (1 vez por mes), y el 7% responde nunca a la pregunta realizada Demuestra irritabilidad y agresión mediante ataques recurrentes

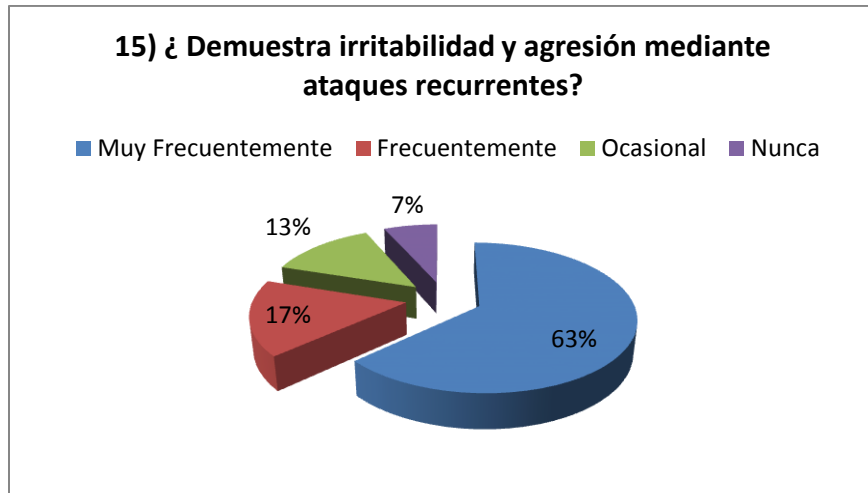


Gráfico #15: Pregunta #15. Cuestionario Rasgos Personalidad Antisocial DSM IV TR

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Interpretación: en el gráfico 15, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 63% responde muy frecuentemente (diario), el 17% responde frecuentemente (una vez por semana), el 13% responde ocasionalmente (1 vez por mes), y el 7% responde nunca a la pregunta realizada Demuestra irritabilidad y agresión mediante ataques recurrentes esta pregunta es una de las más importantes de esta investigación ya las agresiones es un baremo importante tomado en consideración en la investigación.

Resultados por Áreas del Cuestionario de criterios Diagnósticos para Personalidad Antisocial basado en los criterios diagnósticos del DSM IV TR

Área #1 AGRESION A PERSONAS O AMENAZAS

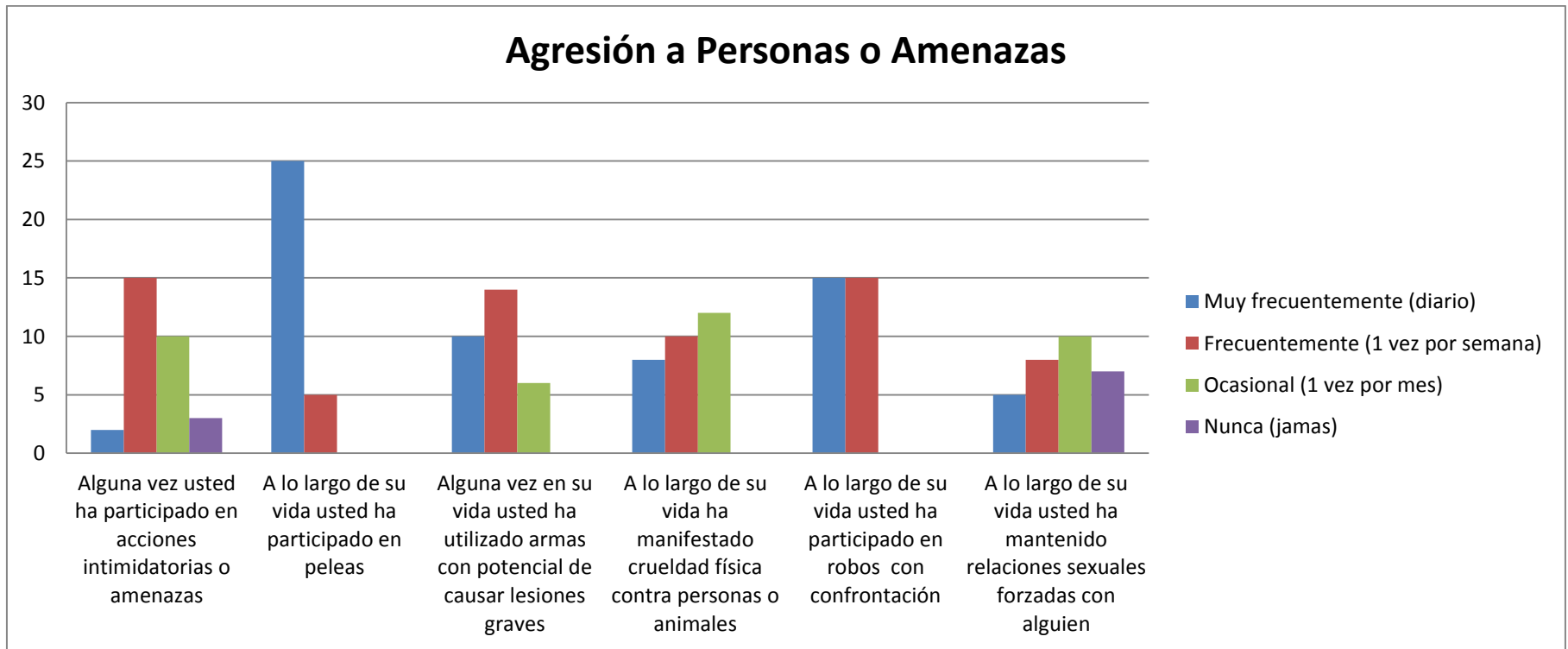


Gráfico #16: Análisis por Áreas Cuestionario Rasgos Personalidad Antisocial DSM IV TR

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Interpretación: dentro del Gráfico#16 se puede observar que existe marcado nivel de agresividad ya que los evaluados a lo largo de su vida el 90% han participado en peleas muy frecuentemente, así como 50% de los evaluados han participado en robos, el 35% han manifestado crueldad con animales por lo menos una vez al mes, el 50% han participado en acciones Intimidatorias o Amenazas frecuentemente por lo menos una vez por semana, alrededor del 45% han utilizado armas frecuentemente una vez por semana con potencial de causar daño. Verificándose niveles de agresividad dirigida hacia personas animales o amenazas constantemente.

Area # 2 DESTRUCCION DE LA PROPIEDAD

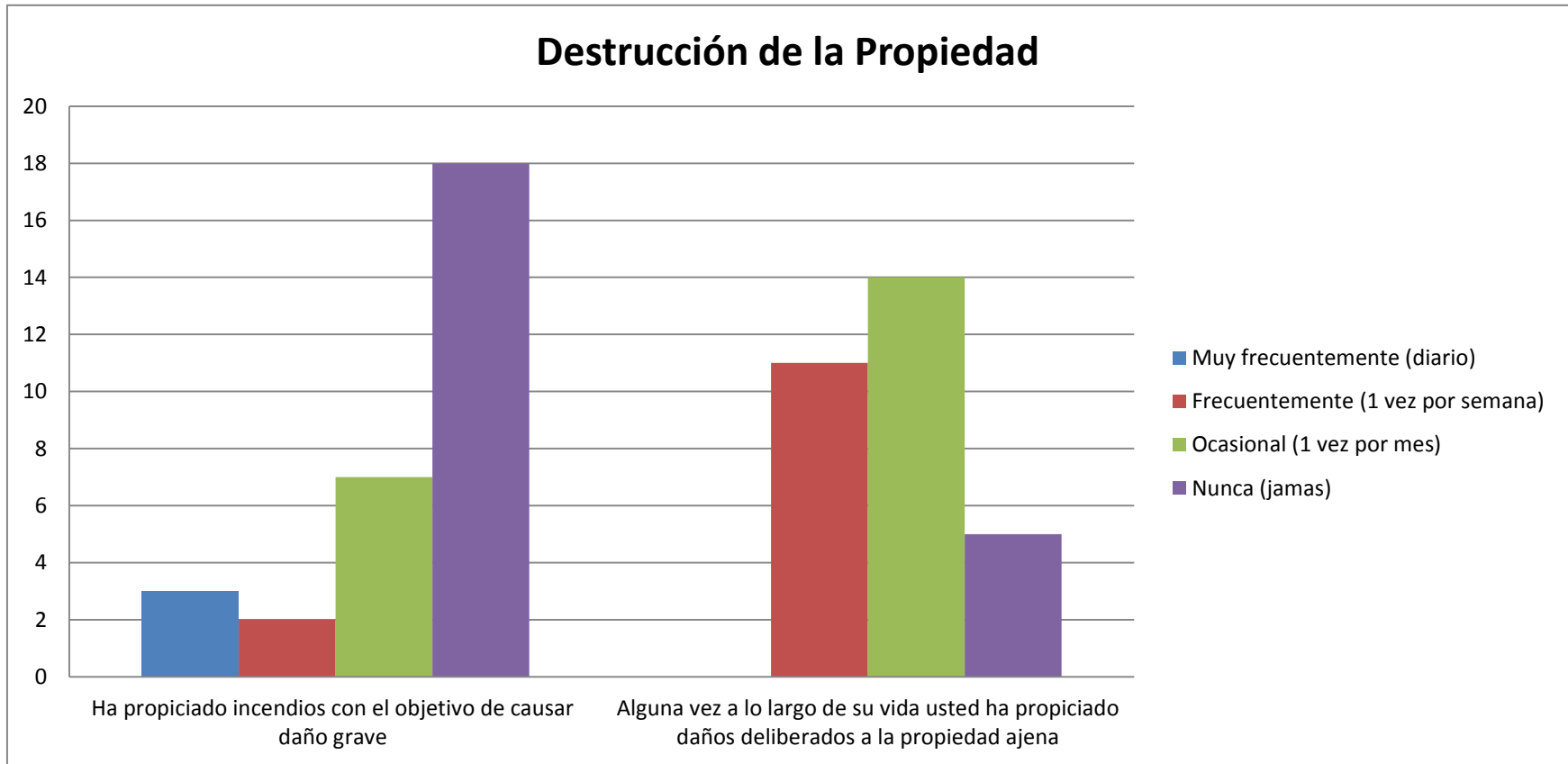
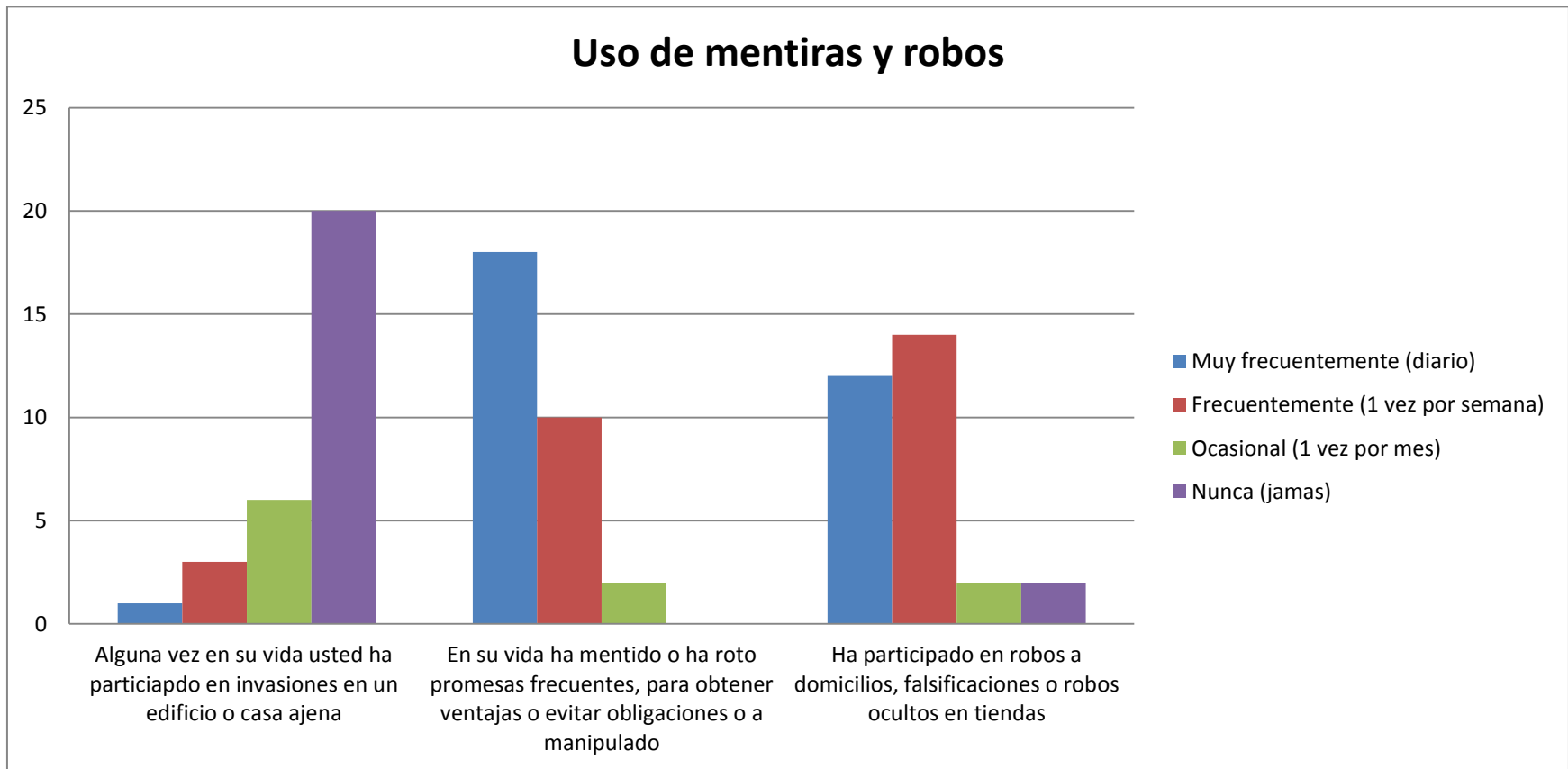


Gráfico #17: Análisis por Áreas Cuestionario Rasgos Personalidad Antisocial DSM IV TR

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Interpretación: dentro del Gráfico #17 perteneciente al Área #2 Destrucción de la propiedad se puede observar que el 86% de los evaluados han mencionado que no han propiciado daños a la propiedad Jamás, sin embargo el 35% ha propiciado Daños deliberados a la propiedad privada con una frecuencia de al menos una vez a la semana, permitiéndome explicar que el área de destrucción a la propiedad se ha visto marcada por puntuaciones relativamente bajas para frecuencias tales como Muy frecuentemente es decir a diario, y se ha visto afectada en las esferas de Frecuentemente, Ocasional y nunca.

Área #3 USO DE MENTIRAS Y ROBOS



Gráfico# 18 Análisis por Áreas Cuestionario de Rasgos de Personalidad Antisocial

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Interpretación: dentro del Gráfico#18 se puede observar posterior a la aplicación del cuestionario la mayoría de evaluados es decir un 70% menciona que Nunca en su vida han participado en invasiones de un edificio o casa ajena, mientras que el 58% menciona que Muy frecuentemente han mentido o roto promesas, para obtener ventajas o evitar obligaciones o en algún momento han manipulado, sin embargo un 49% ha mencionado que frecuentemente ha participado en robos a domicilios, falsificaciones o robos ocultos en tiendas esto significa que se ha realizado al menos una vez a la semana, manifestándose claramente el uso de mentiras y robos en los internos del pabellón #1 del Centro de Rehabilitación Social de Ambato.

Area #4 VIOLACIÓN GRAVE DE REGLAS

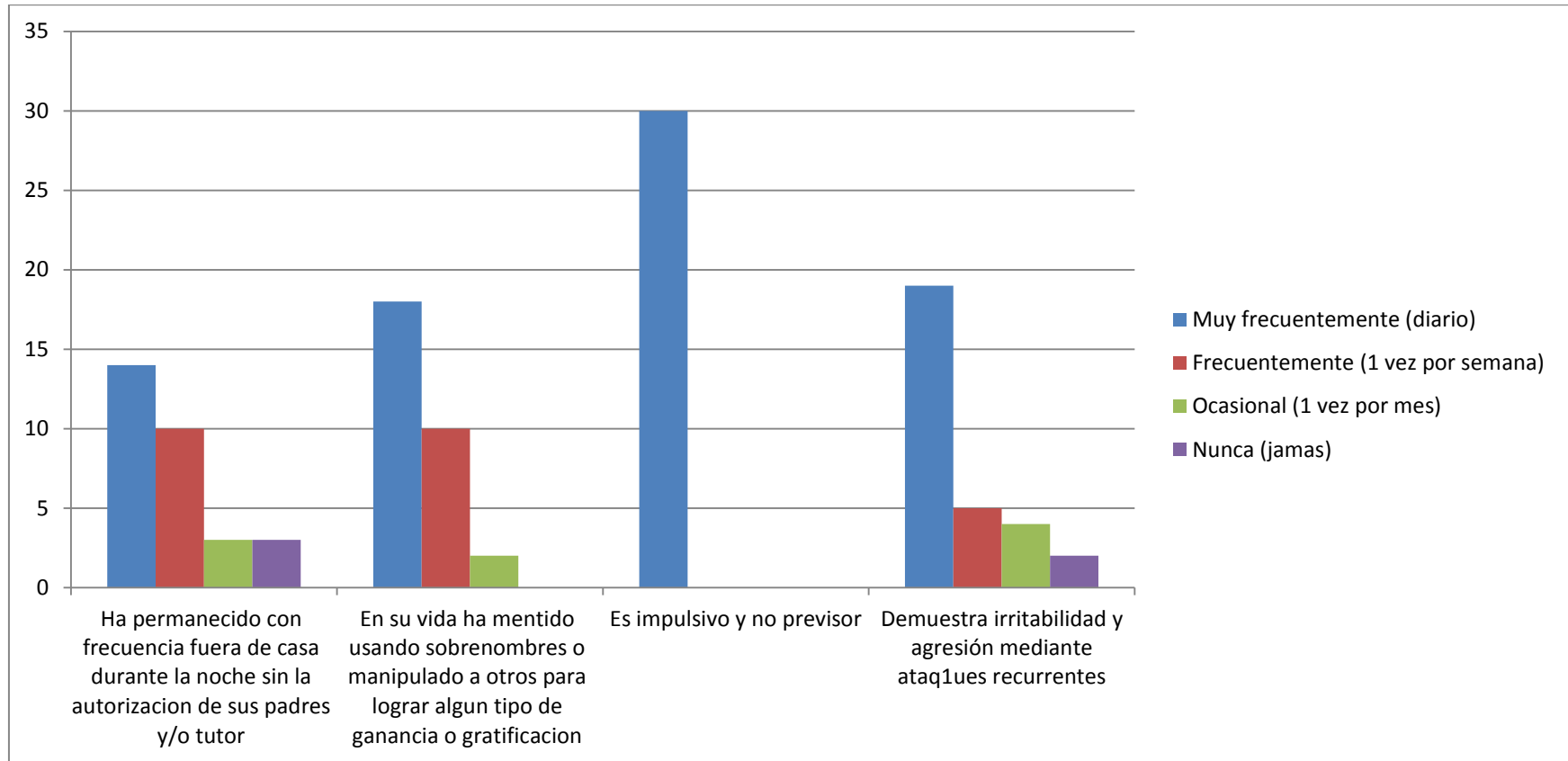


Gráfico #19: Análisis por Áreas Cuestionario de Rasgos de Personalidad Antisocial

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Interpretación: dentro del Gráfico#19 se puede observar posterior a la aplicación del cuestionario la mayoría de evaluados es decir un 48% manifiesta que ha permanecido muy frecuentemente fuera de la casa durante la noche sin la autorización de sus padres o tutor, mientras que el 56% ha mentado, usado sobrenombres o manipulado a otros para lograr algún tipo de ganancia o gratificación, sin embargo el 100% de los evaluados han respondido que son impulsivos o no previsores muy frecuentemente, y el 100% ha dicho que demuestran irritabilidad y agresión mediante ataques recurrentes esto lo realizan muy frecuentemente en los internos del pabellón #1 del Centro de Rehabilitación Social de Ambato.

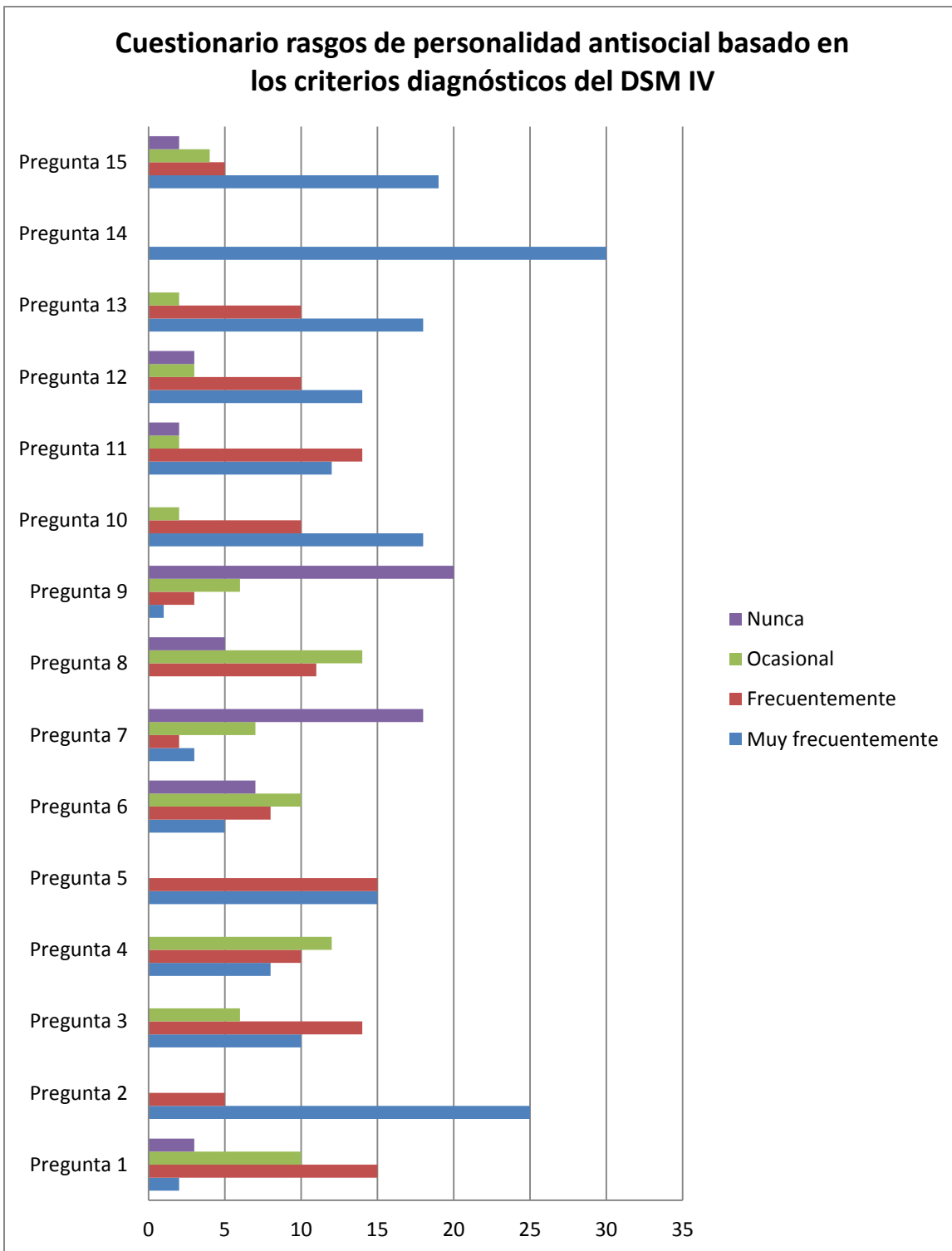


Gráfico #20: Análisis Global Cuestionario de Rasgos de Personalidad Antisocial

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Interpretación: dentro del Gráfico#19 al ser un análisis global del test se puede observar claramente las puntuaciones elevadas las mismas que marcan una guía de los rasgos más sobresalientes de personalidad antisocial que los internos del pabellón #1 los poseen sin embargo se podrían tomar características principales tales como ausencia del hogar que lo realizan frecuentemente, participación en peleas, mitomanía y usurpación de identidad, los robos también son una característica sobresaliente, la participación en acciones intimidatorias o amenazas, a más del uso potencial de armas que se ha visto esto se corrobora con la información en la entrevista personal y en la formulación de las historias clínicas dando como resultado una marcada participación en acciones que incluyan violencia.

Test de funciones cognitivas Wonderlic Abreviado

PRIMER ÍTEM (CAPACIDAD DE PLANTEAR SOLUCIONES A PROBLEMAS, RAZONAMIENTO, PLANIFICACIÓN)

1) El Último mes del año es:

- 1) Enero
- 2) Marzo
- 3) Julio
- 4) Diciembre
- 5) Octubre

	Enero	Marzo	Julio	diciembre	Octubre	Total
N°	0	0	0	30	0	30
%	0	0	0	100	0	100

Cuadro #18: Pregunta #1 Test de funciones cognitivas Wonderlic Abreviado

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Análisis: según el cuadro 18, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 100% responde diciembre como último mes del año, mientras que el 0% responde enero, el 0% responde marzo, y el 0% responde julio, 0% responde octubre, la pregunta realizada El Último mes del año es.



Gráfico #20: Pregunta #1 Test de Funciones Cognitivas Wonderlic Abreviado

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Interpretación: en el gráfico 20, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 100% responde diciembre como último mes del año, mientras que el 0% responde enero, el 0% responde marzo, y el 0% responde julio, 0% responde octubre, la pregunta realizada en la cual vamos midiendo capacidad de razonamiento, planificación. Dando como resultado el 100% correcto.

2) Capturar es lo contrario de:

- 1) Colocar
- 2) Liberar
- 3) Arriesgar
- 4) Aventurar
- 5) Degradar

	Colocar	Liberar	Arriesgar	Aventurar	Degradar	Total
N°	0	19	5	0	6	30
%	0	63	17	0	20	100

Cuadro #19: Pregunta #2 Test de funciones cognitivas Wonderlic Abreviado

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Análisis: según el cuadro 19, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 63% responde liberar, mientras que el 17% responde arriesgar, el 20% responde degradar, y el 0% responde colocar y aventurar, a la pregunta realizada Capturar es lo contrario de.

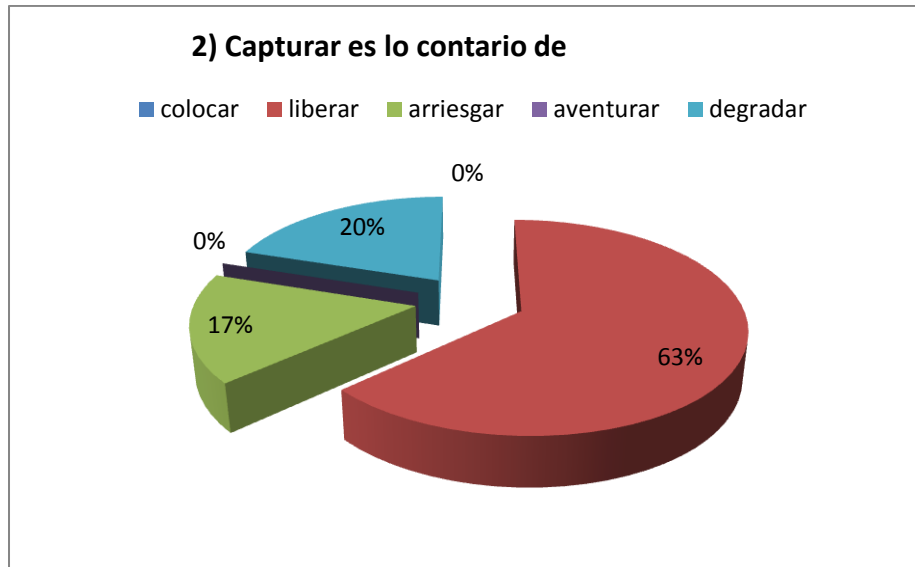


Gráfico #21: Pregunta #2 Test de Funciones Cognitivas Wonderlic Abreviado

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Interpretación: en el gráfico 21, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 100%, el 63% responde liberar, mientras que el 17% responde arriesgar, el 20% responde degradar, y el 0% responde colocar y aventurar, a la pregunta realizada Capturar es lo contrario de. Esta pregunta realizada está enfocada hacia el razonamiento abstracto y el lógico a más que verifica el lenguaje del evaluado, el mismo que el 63% respondió adecuadamente.

3) La gasolina se vende a 23 centavos el litro ¿Cuánto costarán 4 litros?

- 1) 100 ctvos
- 2) 250 ctvos
- 3) 92 ctvos
- 4) 91 ctvos
- 5) 90 ctvos

	100 ctvos	250 ctvos	92 ctvos	91ctvos	90ctvos	Total
N°	8	0	20	0	2	30
%	27	0	67	0	6	100

Cuadro #20: Pregunta #3 Test de funciones cognitivas Wonderlic Abreviado

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Análisis: según el cuadro 20, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 67% responde 92 ctvos, mientras que el 27% responde 100 ctvos, el 6% responde 90ctvos, mientras que el 0% responde 250 y 91 ctvos, a la pregunta realizada La gasolina se vende a 23 centavos el litro ¿Cuánto costarán 4 litros?

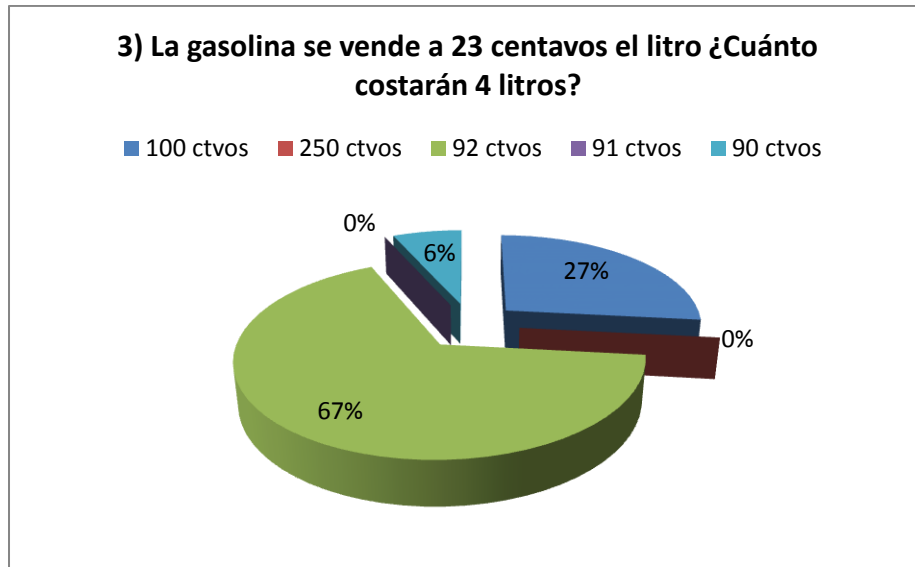


Gráfico #22: Pregunta #3 Test de Funciones Cognitivas Wonderlic Abreviado

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Interpretación: en el gráfico 22, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 67% responde 92 ctvos, mientras que el 27% responde 100 ctvos, el 6% responde 90ctvos, mientras que el 0% responde 250 y 91 ctvos, a la pregunta realizada La gasolina se vende a 23 centavos el litro ¿Cuánto costarán 4 litros? Esta pregunta realizada está enfocada hacia la capacidad de plantear soluciones a problemas, razonamiento y planificación, el mismo que el 67% respondió adecuadamente.

4) MINERO – MENOR estas palabras tienen:

- 1) Igual significado
- 2) Contradictorios
- 3) No son iguales
- 4) Sinónimos
- 5) Sustantivos

	Igual significado	Contradictorios	No son iguales	Sinónimos	Sustantivos	Total
N°	7	3	20	0	0	30
%	23	10	67	0	0	100

Cuadro #21: Pregunta #4 Test de funciones cognitivas Wonderlic Abreviado

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Análisis: según el cuadro 21, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 67% responde no son iguales, mientras que el 23% responde igual significado, el 10% responde contradictorios, mientras que el 0% responde sinónimos y sustantivos, a la pregunta realizada MINERO – MENOR estas palabras tienen.

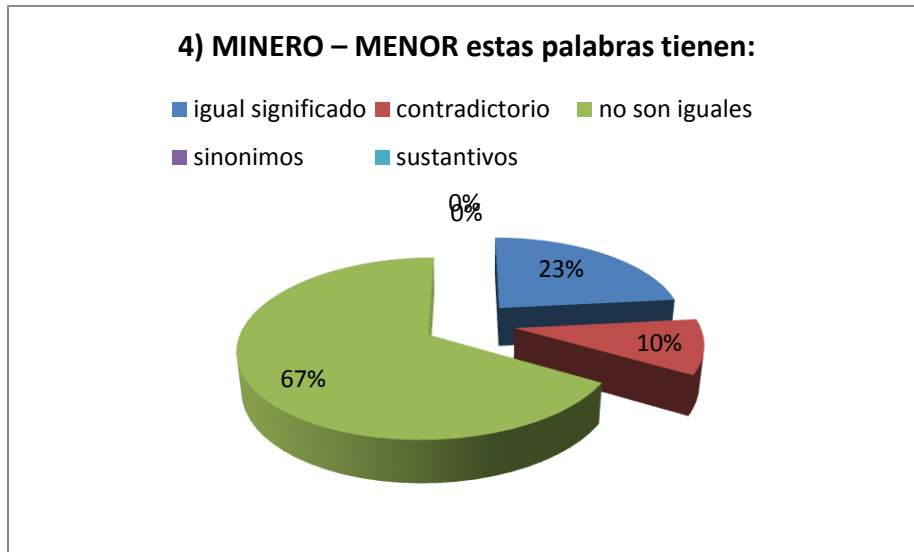


Gráfico #23: Pregunta #4 Test de Funciones Cognitivas Wonderlic Abreviado

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Interpretación: en el gráfico 23, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 67% responde no son iguales, mientras que el 23% responde igual significado, el 10% responde contradictorios, mientras que el 0% responde sinónimos y sustantivos, a la pregunta realizada MINERO – MENOR estas palabras tienen. Esta pregunta realizada está enfocada hacia la capacidad de, razonamiento y planificación, el mismo que el 67% respondió adecuadamente.

5) Cosechar es lo contrario de:

- 1) Obtener
- 2) Animar
- 3) Continuar
- 4) Existir
- 5) Sembrar

	Obtener	Animar	Continuar	Existir	Sembrar	Total
N°	0	0	0	0	30	30
%	0	0	0	0	100	100

Cuadro #22: Pregunta #5 Test de funciones cognitivas Wonderlic Abreviado

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Análisis: según el cuadro 22, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 100% responde Sembrar, mientras que el 0% responde obtener, animar, continuar, existir, a la pregunta realizada Cosechar es lo contrario de:

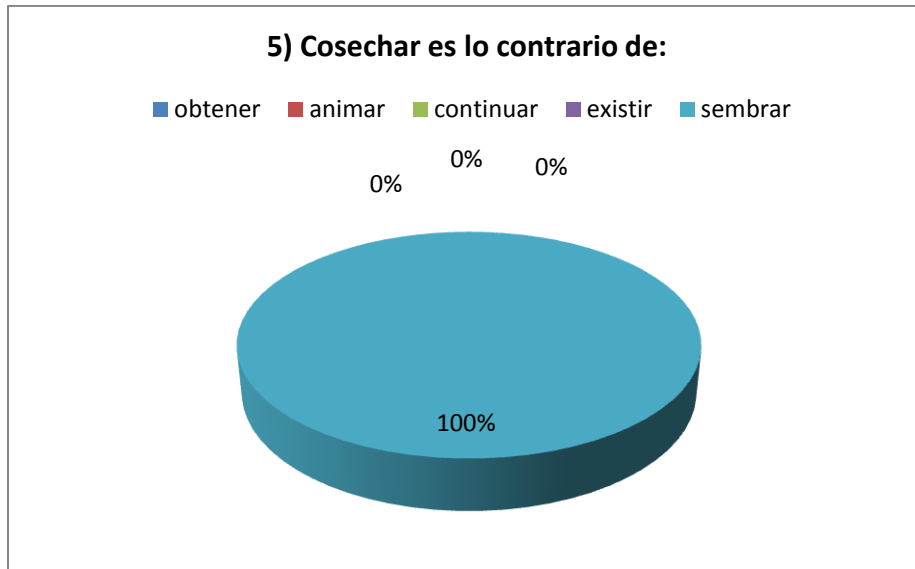


Gráfico #24: Pregunta #5 Test de Funciones Cognitivas Wonderlic Abreviado

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Interpretación: en el gráfico 24, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 100% responde Sembrar, mientras que el 0% responde obtener, animar, continuar, existir, a la pregunta realizada Cosechar es lo contrario de:. Esta pregunta realizada está enfocada hacia la capacidad de, razonamiento y planificación, el mismo que el 100% respondió correctamente.

SEGUNDO ÍTEM (IMPULSIVIDAD, AGRESIVIDAD, FLEXIBILIDAD)

6) Tengo facilidad para concentrarme:

A: Nunca B: Rara vez C: Algunas veces D: Frecuentemente E: Siempre

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	Total
N°	0	0	6	12	22	30
%	0	0	15	30	55	100

Cuadro #23: Pregunta #6 Test de funciones cognitivas Wonderlic Abreviado

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Análisis: según el cuadro 23, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 55% responde Siempre, mientras que el 15% responde algunas veces y el 30% responde frecuentemente a la pregunta realizada Tengo facilidad para concentrarme.

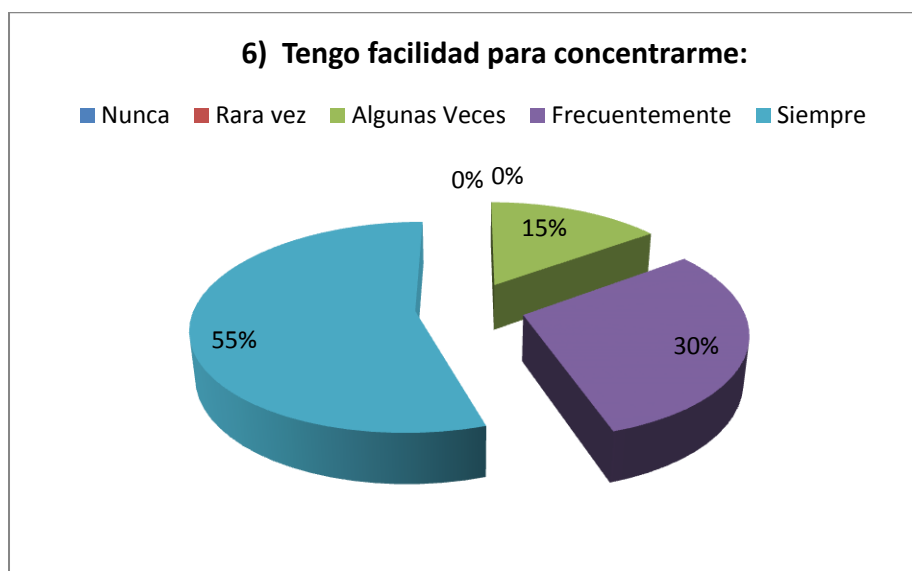


Gráfico #25: Pregunta #6 Test de Funciones Cognitivas Wonderlic Abreviado

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Interpretación: en el gráfico 25, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 55% responde Siempre, mientras que el 15% responde algunas veces y el 30% responde frecuentemente a la pregunta realizada Tengo facilidad para concentrarme. La pregunta realizada está enfocada hacia verificar los índices de flexibilidad a los que 55% responde que siempre tiene facilidad para concentrarse.

7) Hago cosas que me resultan imposibles de resistir:

A: Nunca B: Rara vez C: Algunas veces D: Frecuentemente E: Siempre

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	Total
N°	0	0	0	17	13	30
%	0	0	0	57	43	100

Cuadro #24: Pregunta #7 Test de funciones cognitivas Wonderlic Abreviado

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Análisis: según el cuadro 24, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 57% responde Frecuentemente, mientras que el 43% responde siempre y el 0% responde nunca, rara vez, o algunas veces a la pregunta realizada Hago cosas que me resultan imposibles de resistir.



Gráfico #26: Pregunta #7 Test de Funciones Cognitivas Wonderlic Abreviado

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Interpretación: en el gráfico 26, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 57% responde Frecuentemente, mientras que el 43% responde siempre y el 0% responde nunca, rara vez, o algunas veces a la pregunta realizada Hago cosas que me resultan imposibles de resistir. La pregunta realizada está enfocada hacia verificar los índices de impulsividad a el 57% responde que frecuentemente hece cosas que le resultan imposibles de resistir.

8) No puedo controlar mis respuestas a las provocaciones:

A: Nunca B: Rara vez C: Algunas veces D: Frecuentemente E: Siempre

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	Total
N°	23	5	2	0	0	30
%	77	17	6	0	0	100

Cuadro #24: Pregunta #8 Test de funciones cognitivas Wonderlic Abreviado

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

- 1) **Análisis:** según el cuadro 24, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 77% responde Nunca, mientras que el 17% responde rara vez, el 6% responde algunas veces y el 0% frecuentemente o siempre a la pregunta realizada No puedo controlar mis respuestas a las provocaciones:

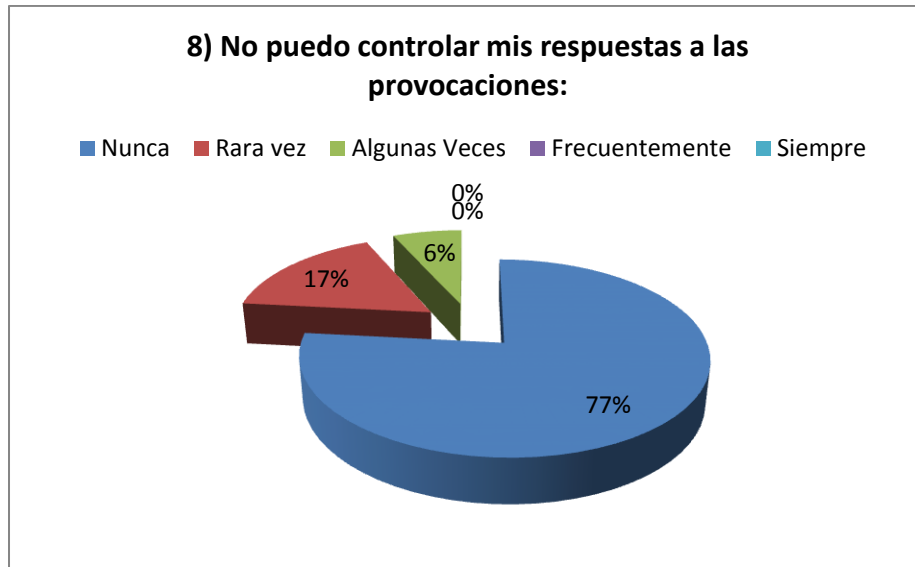


Gráfico #27: Pregunta #8 Test de Funciones Cognitivas Wonderlic Abreviado

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Interpretación: en el gráfico 27, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 77% responde Nunca, mientras que el 17% responde rara vez, el 6% responde algunas veces y el 0% frecuentemente o siempre a la pregunta realizada No puedo controlar mis respuestas a las provocaciones, esta pregunta está enfocada hacia verificar los índices de impulsividad a el 77% responde que nunca puede controlar las respuestas a las provocaciones.

9) Cuando estoy enfadado no puedo evitar romper algo

A: Nunca B: Rara vez C: Algunas veces D: Frecuentemente E: Siempre

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	Total
N°	0	0	14	10	6	30
%	0	0	47	33	20	100

Cuadro #25: Pregunta #9 Test de funciones cognitivas Wonderlic Abreviado

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Análisis: según el cuadro 25, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 0% responde Nunca, mientras que el 0% responde rara vez, el 47% responde algunas veces, el 33% frecuentemente y el 20% siempre a la pregunta realizada Cuando estoy enfadado no puedo evitar romper algo.

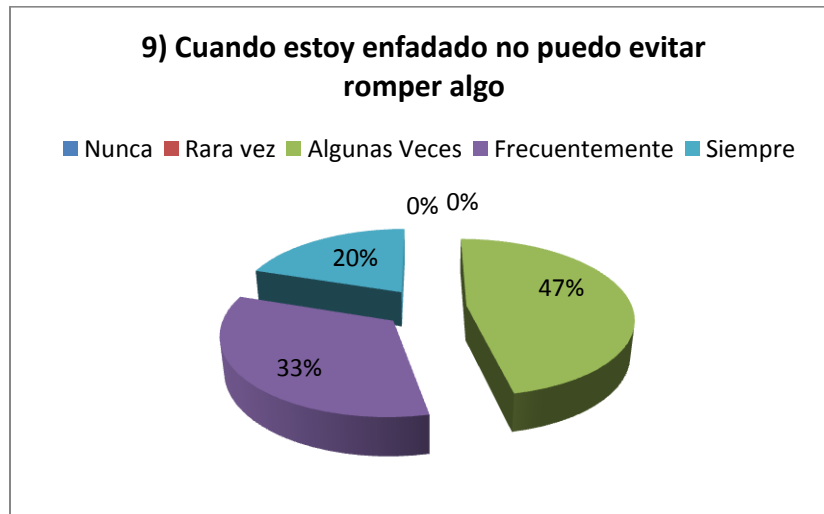


Gráfico #28: Pregunta #9 Test de Funciones Cognitivas Wonderlic Abreviado

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Interpretación: en el gráfico 28, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 0% responde Nunca, mientras que el 0% responde rara vez, el 47% responde algunas veces, el 33% frecuentemente y el 20% siempre a la pregunta realizada Cuando estoy enfadado no puedo evitar romper algo., esta pregunta está enfocada hacia verificar los índices de agresividad e impulsividad el 47% responde que algunas veces puede controlar el romper algo.

10) Si una persona me molesta u ofende recorro a la violencia

A: Nunca B: Rara vez C: Algunas veces D: Frecuentemente E: Siempre

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	Total
N°	0	0	6	10	14	30
%	0	0	20	33	47	100

Cuadro #26: Pregunta #10 Test de funciones cognitivas Wonderlic Abreviado

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Análisis: según el cuadro 26, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 0% responde Nunca, mientras que el 0% responde rara vez, el 20% responde algunas veces, el 33% frecuentemente y el 47% siempre a la pregunta realizada Si una persona me molesta u ofende recorro a la violencia



Gráfico #28: Pregunta #7 Test de Funciones Cognitivas Wonderlic Abreviado

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Interpretación: en el gráfico 28, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 0% responde Nunca, mientras que el 0% responde rara vez, el 20% responde algunas veces, el 33% frecuentemente y el 47% siempre a la pregunta realizada Si una persona me molesta u ofende recurro a la violencia, esta pregunta está enfocada hacia verificar los índices de agresividad e impulsividad el 47% responde que siempre recurre a la violencia cuando alguien le molesta u ofende característica típica un ser impulsivo y violento.

TERCER ITEM (ATENCIÓN MEMORIA LENGUAJE ORIENTACIÓN)

11)¿ Qué día es hoy?

.....

	CORRECTO	INCORRECTO	TOTAL
N°	30	0	30
%	100	0	100

Cuadro #26: Pregunta #11 Test de funciones cognitivas Wonderlic Abreviado

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Análisis: según el cuadro 26, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 30% responde correctamente, mientras que el 0% responde incorrectamente, a la pregunta realizada que día es hoy.

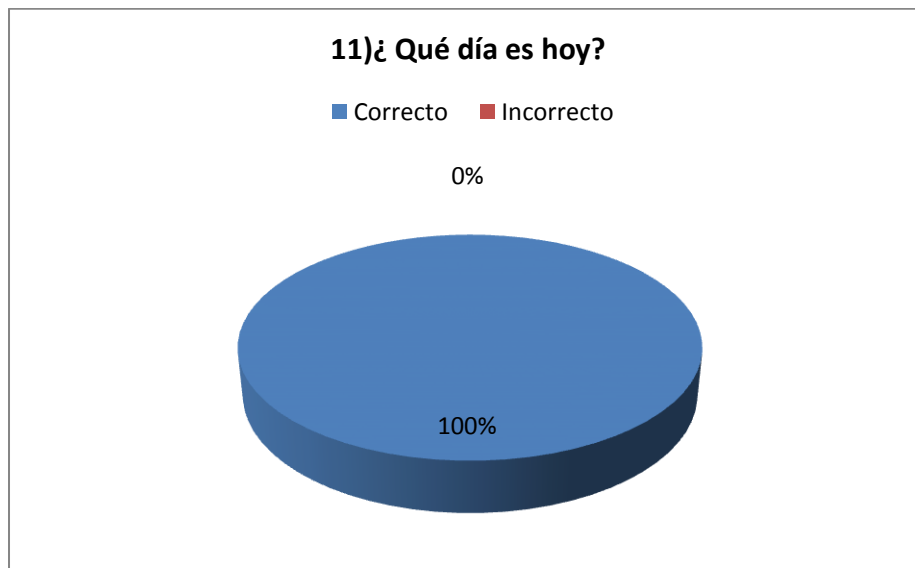


Gráfico #29: Pregunta #11 Test de Funciones Cognitivas Wonderlic Abreviado

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Interpretación: en el gráfico 29, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 30% responde correctamente, mientras que el 0% responde incorrectamente, a la pregunta realizada que día es hoy. Demostrando estar orientados en tiempo y espacio ya que fueron interrogados pre y posterior a la evaluación.

12) Escuche las siguientes tres palabras, posterior usted las repetirá.

	CORRECTO	INCORRECTO	TOTAL
N°	26	4	30
%	87	13	100

Cuadro #27: Pregunta #12 Test de funciones cognitivas Wonderlic Abreviado

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Análisis: según el cuadro 27, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 87% responde correctamente, mientras que el 13% responde incorrectamente, a la afirmación Escuche las siguientes tres palabras, posterior usted las repetirá. Casa (1 seg de intervalo), Automóvil (1 seg de intervalo) Lago.

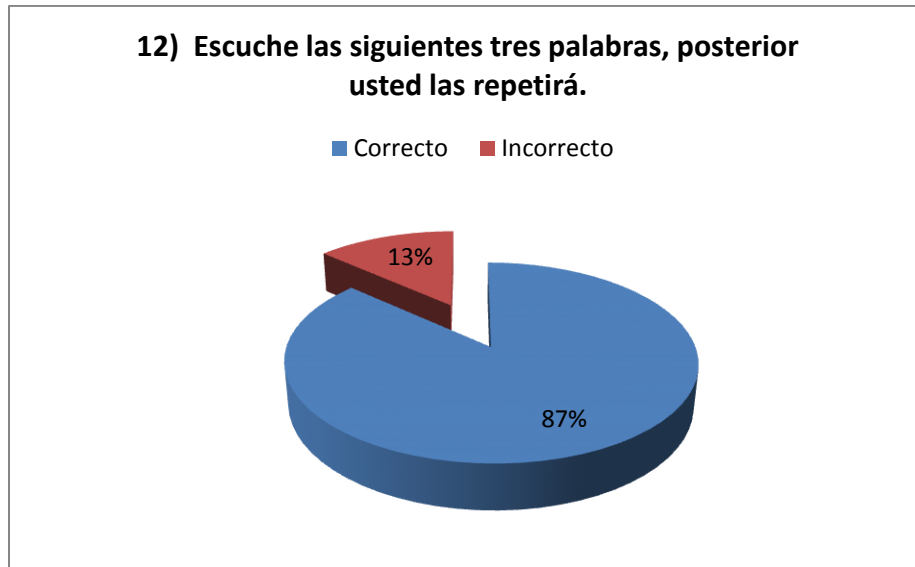


Gráfico #30: Pregunta #12 Test de Funciones Cognitivas Wonderlic Abreviado

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Interpretación: en el gráfico 30, se observa que se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 87% responde correctamente, mientras que el 13% responde incorrectamente, a la afirmación Escuche las siguientes tres palabras, posterior usted las repetirá. Casa (1 seg de intervalo), Automóvil (1 seg de intervalo) Lago. Esta pregunta permite verificar estado de memoria de los evaluados demostrado que el 87% no tiene patología en la memoria mientras que el 13% podría tener dificultades n la memoria a corto y a la largo plazo.

13) Nombre el siguiente objeto



	CORRECTO	INCORRECTO	TOTAL
N°	19	11	30
%	63	37	100

Cuadro #28: Pregunta #13 Test de funciones cognitivas Wonderlic Abreviado

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Análisis: según el cuadro 28, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 90% responde correctamente, mientras que el 10% responde incorrectamente, a la oración Nombre el siguiente objeto

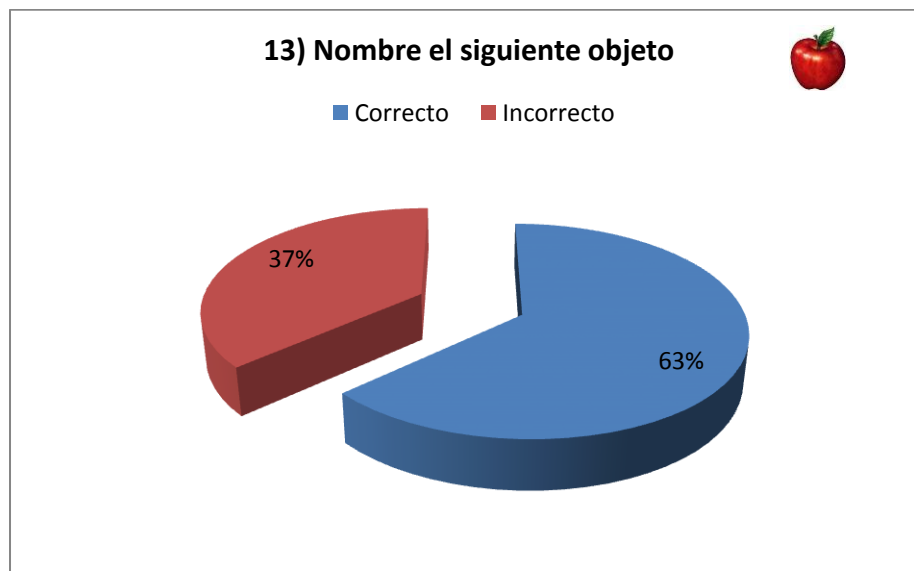


Gráfico #31: Pregunta #13 Test de Funciones Cognitivas Wonderlic Abreviado

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Interpretación: en el gráfico 31, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 67% responde correctamente, mientras que el 37% responde incorrectamente, a la oración Nombre el siguiente objeto dando como respuesta una capacidad de atención memoria y lenguaje correctos y sin patología mientras que el 37 % podría ser objeto de patología.

14) Lea el siguiente párrafo y resúmalo:

Las sirenas sonaban, se escuchaba la explosión de las armas y también los pasos constantes del criminal dando pisotones fuertes contra los charcos ``ahí está`` grito un policía señalando una figura oculta en las sombras que enseguida partió corriendo de su paradero y se perdió en la oscuridad dejando solo un silencio sepulcral.

	CORRECTO	INCORRECTO	TOTAL
N°	23	7	30
%	77	33	100

Cuadro #29: Pregunta #14 Test de funciones cognitivas Wonderlic Abreviado

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Análisis: según el cuadro 29, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 77% responde correctamente, mientras que el 33% responde incorrectamente, a la orden: Lea el siguiente párrafo y resúmalo: Las sirenas sonaban, se escuchaba la explosión de las armas y también los pasos constantes del criminal dando pisotones fuertes contra los charcos ``ahí está`` grito un policía señalando una figura oculta en las sombras que enseguida partió corriendo de su paradero y se perdió en la oscuridad dejando solo un silencio sepulcral.



Gráfico #31: Pregunta #14 Test de Funciones Cognitivas Wonderlic Abreviado

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Interpretación: en el gráfico 31, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 77% responde correctamente, mientras que el 23% responde incorrectamente, a la orden: Lea el siguiente párrafo y resúmalo: Las sirenas sonaban, se escuchaba la explosión de las armas y también los pasos constantes del criminal dando pisotones fuertes contra los charcos ``ahí esta`` grito un policía señalando una figura oculta en las sombras que enseguida partió corriendo de su paradero y se perdió en la oscuridad dejando solo un silencio sepulcral. La mayor cantidad de evaluados logran leer y resumir el párrafo se podría manifestar que su lenguaje es coherente y lógico mientras que el 23% de estos deberán estimular su capacidad de lectura y verificar si no existe patología.

15) Imite el movimiento de:

- Lavarse la cara, los dientes.
- Colocarse los zapatos
- Peinar su cabello
- De dos pasos a su derecha, regrese y de dos pasos a su izquierda.

	CORRECTO	INCORRECTO	TOTAL
N°	25	5	30
%	83	17	100

Cuadro #30: Pregunta #15 Test de funciones cognitivas Wonderlic Abreviado

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Análisis: según el cuadro 30, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 83% responde correctamente, mientras que el 17% responde incorrectamente, a la orden: Imite el movimiento de:

- Lavarse la cara, los dientes.
- Colocarse los zapatos
- Peinar su cabello
- De dos pasos a su derecha, regrese y de dos pasos a su izquierda.

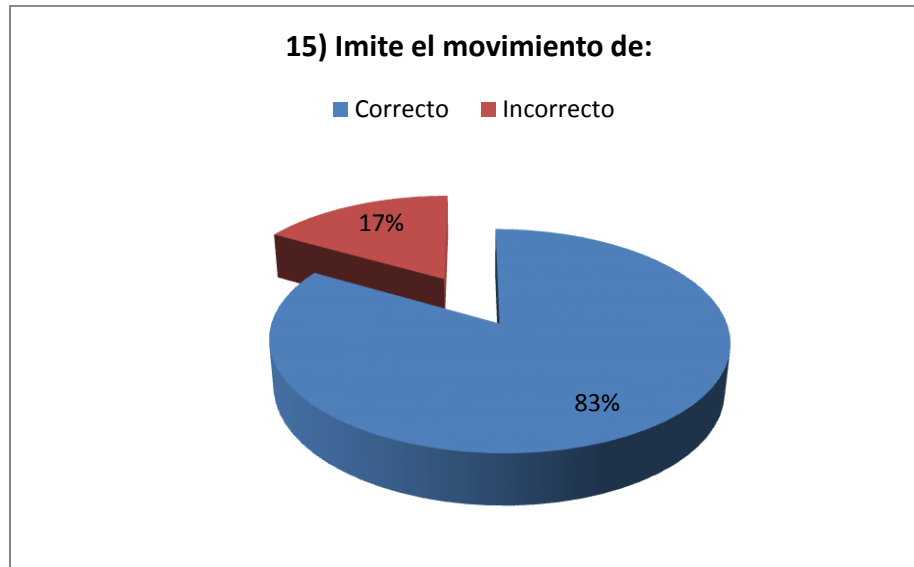


Gráfico #32: Pregunta #15 Test de Funciones Cognitivas Wonderlic Abreviado

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Interpretación: en el gráfico 32, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio el 83% responde correctamente, mientras que el 17% responde incorrectamente, a la orden: Imite el movimiento de:

- Lavarse la cara, los dientes.
- Colocarse los zapatos
- Peinar su cabello
- De dos pasos a su derecha, regrese y de dos pasos a su izquierda.

Esta información es muy importante para nosotros ya que evalúa prácticamente todas las funciones cognitivas se podría decir que esta pregunta podría abarcar toda la investigación. Se denota que el 83% de los evaluados realizaron de una manera adecuada el ejercicio mientras que el 17% podría tener algún tipo de dificultad.

Resultados por Áreas del TEST DE FUNCIONES COGNITIVAS WONDERLIC ABREVIADO

Área #1PRIMER ÍTEM (CAPACIDAD DE PLANTEAR SOLUCIONES A PROBLEMAS, RAZONAMIENTO, PLANIFICACIÓN)

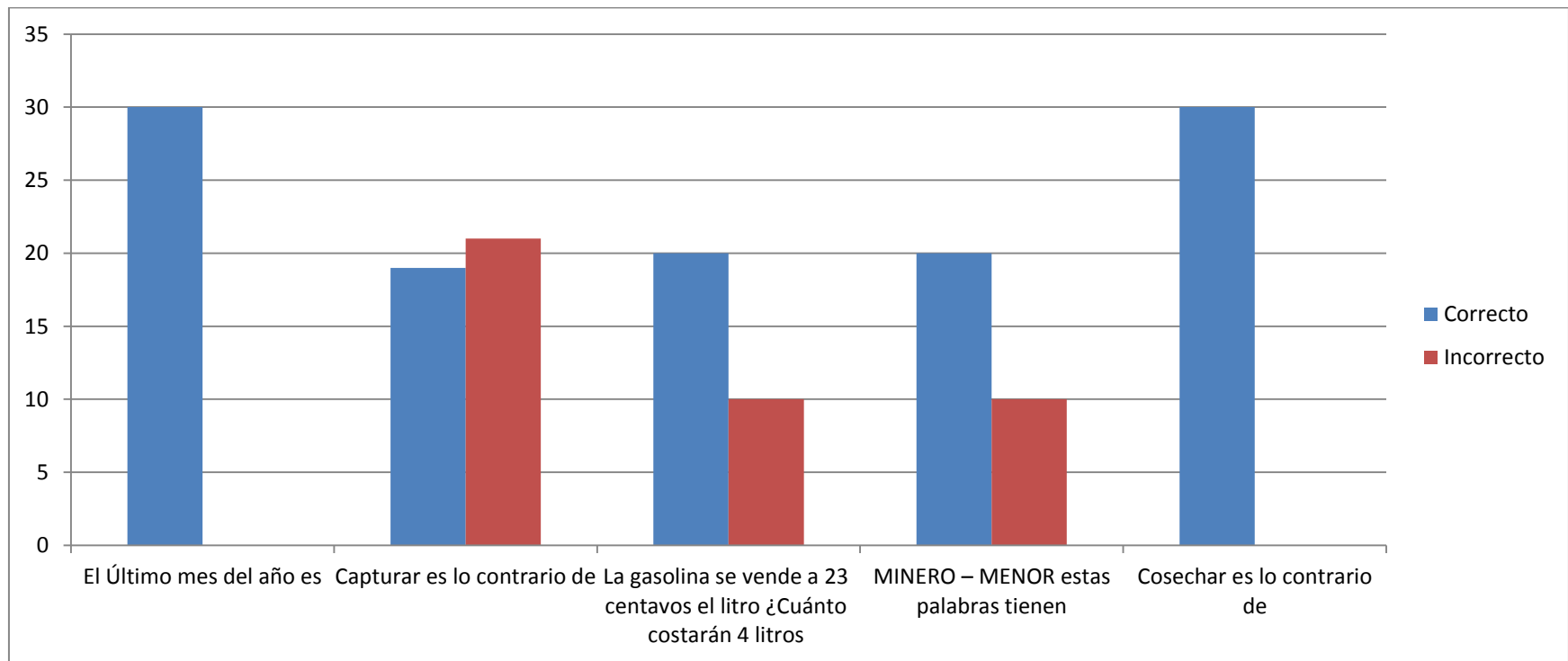


Gráfico #33: Análisis por Áreas del Test de Funciones Cognitivas Wonderlic Abreviado

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Interpretación: en el gráfico 33, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio y analizando la primer Área del Wonderlic que estudiará la capacidad de plantear soluciones a problemas de razonamiento y planificación permitió ver los siguientes resultados el 80 % de los evaluador contestaron correctamente las preguntas mientras que tan solo el 20% tendría algún tipo de problema con el área de razonamiento y planificación, podría atribuirse al grado de escolaridad de los sujetos ya que el 35% de los evaluados solo habían cursado la educación Primaria.

ÁREA # 2: SEGUNDO ÍTEM (IMPULSIVIDAD, AGRESIVIDAD, FLEXIBILIDAD)

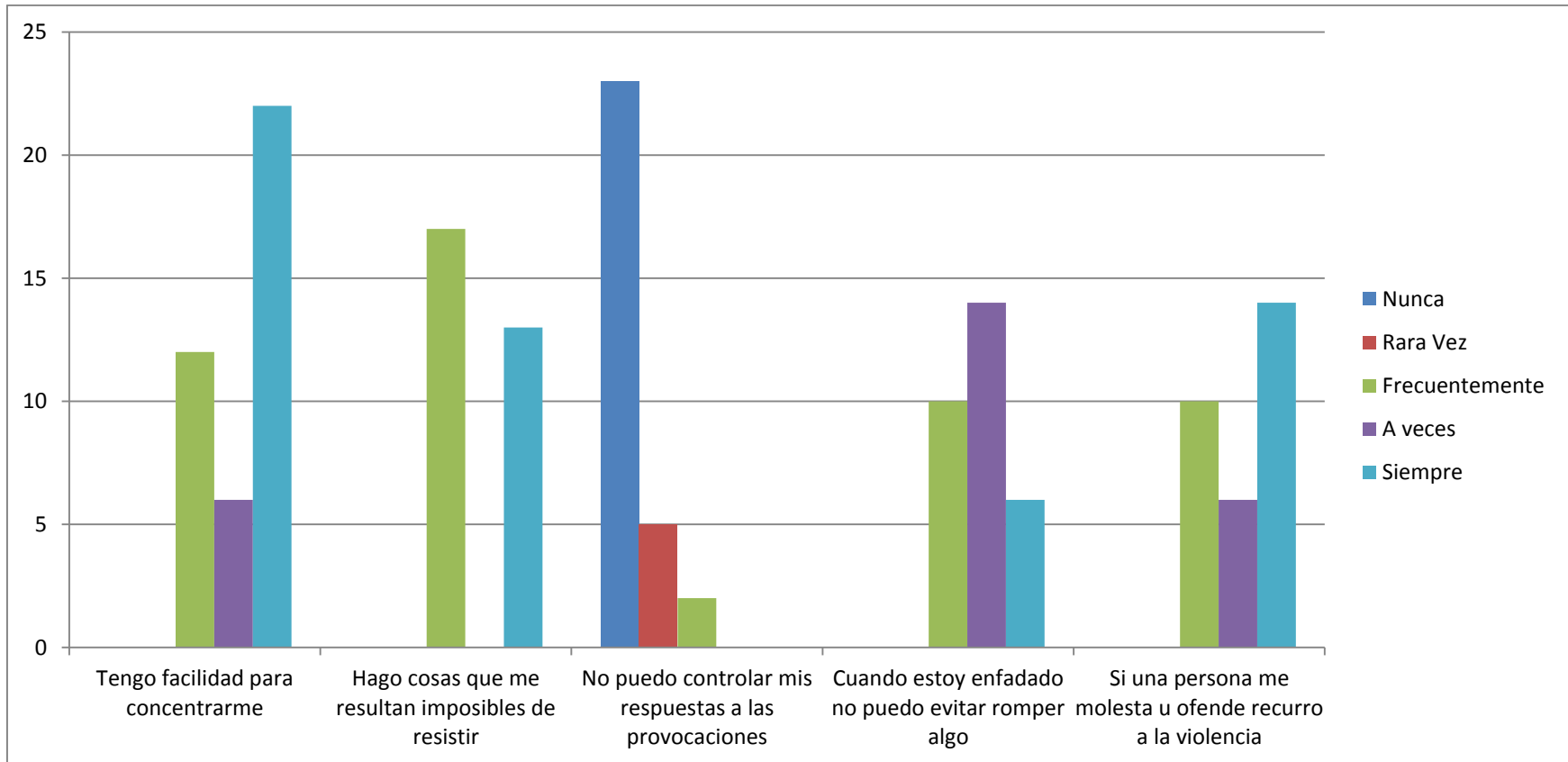


Gráfico #34: Análisis por Áreas del Test de Funciones Cognitivas Wonderlic Abreviado

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Interpretación: en el gráfico 34, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio y analizando la segunda Área del Wonderlic que estudiará las conductas como impulsividad, agresividad, flexibilidad arrojó los siguientes resultados el 90 % de los evaluados contestaron siempre a preguntas tales como hago cosas que me resulta difícil resistir, si una persona me molesta recorro a la violencia, demostrando el pobre control de los impulsos. Así como preguntas: Cuando estoy enfadado no puedo evitar romper algo, y hay cosas que me resultan imposibles de resistir, se obtuvo puntuaciones elevadas en el ítem frecuentemente un 75% de los evaluados indicaron marcados niveles de violencia estos datos se corroboraron con la entrevista personal y la historia clínica.

ÁREA #3 *TERCER ITEM (ATENCIÓN MEMORIA LENGUAJE ORIENTACIÓN)*

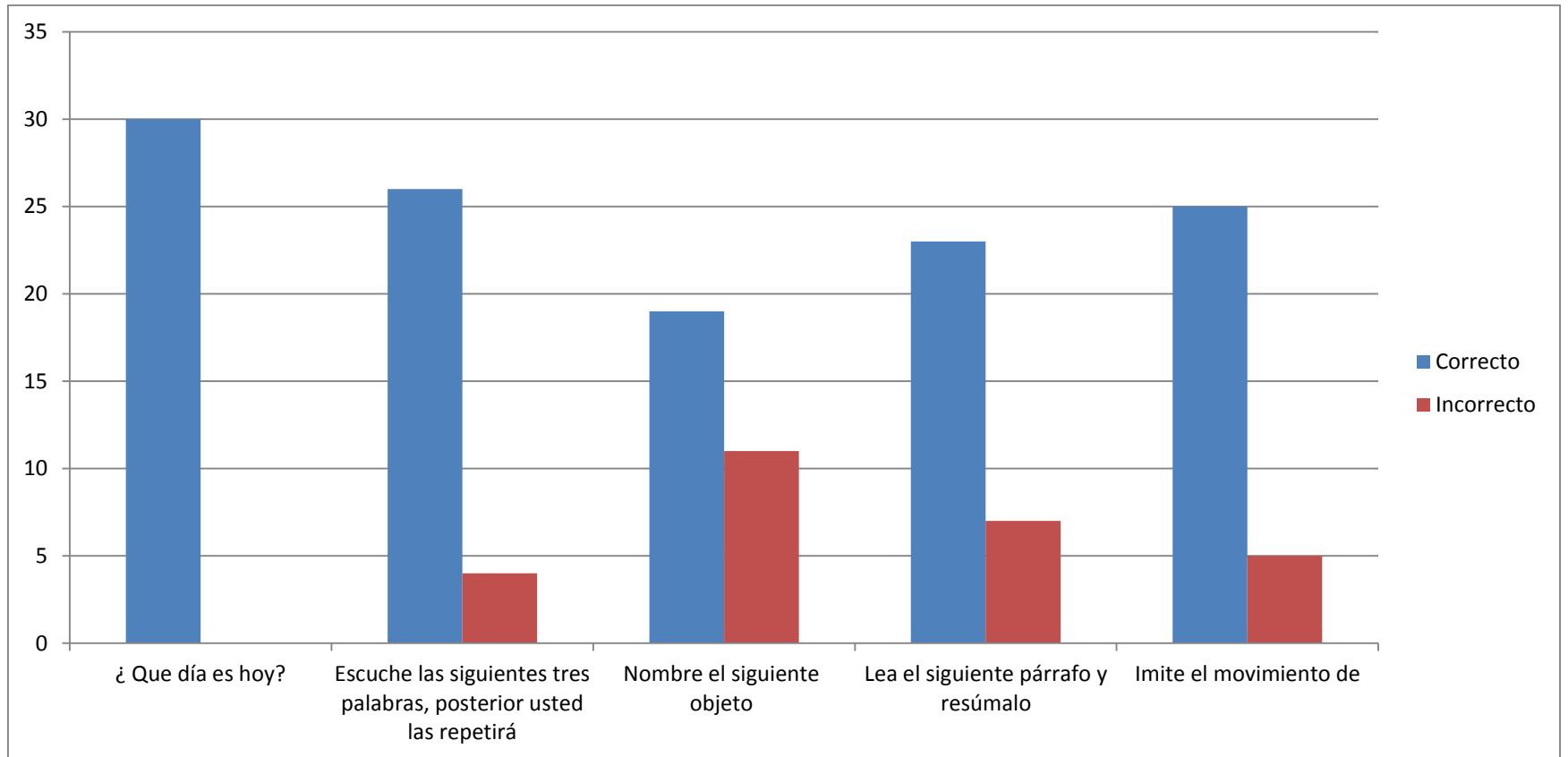
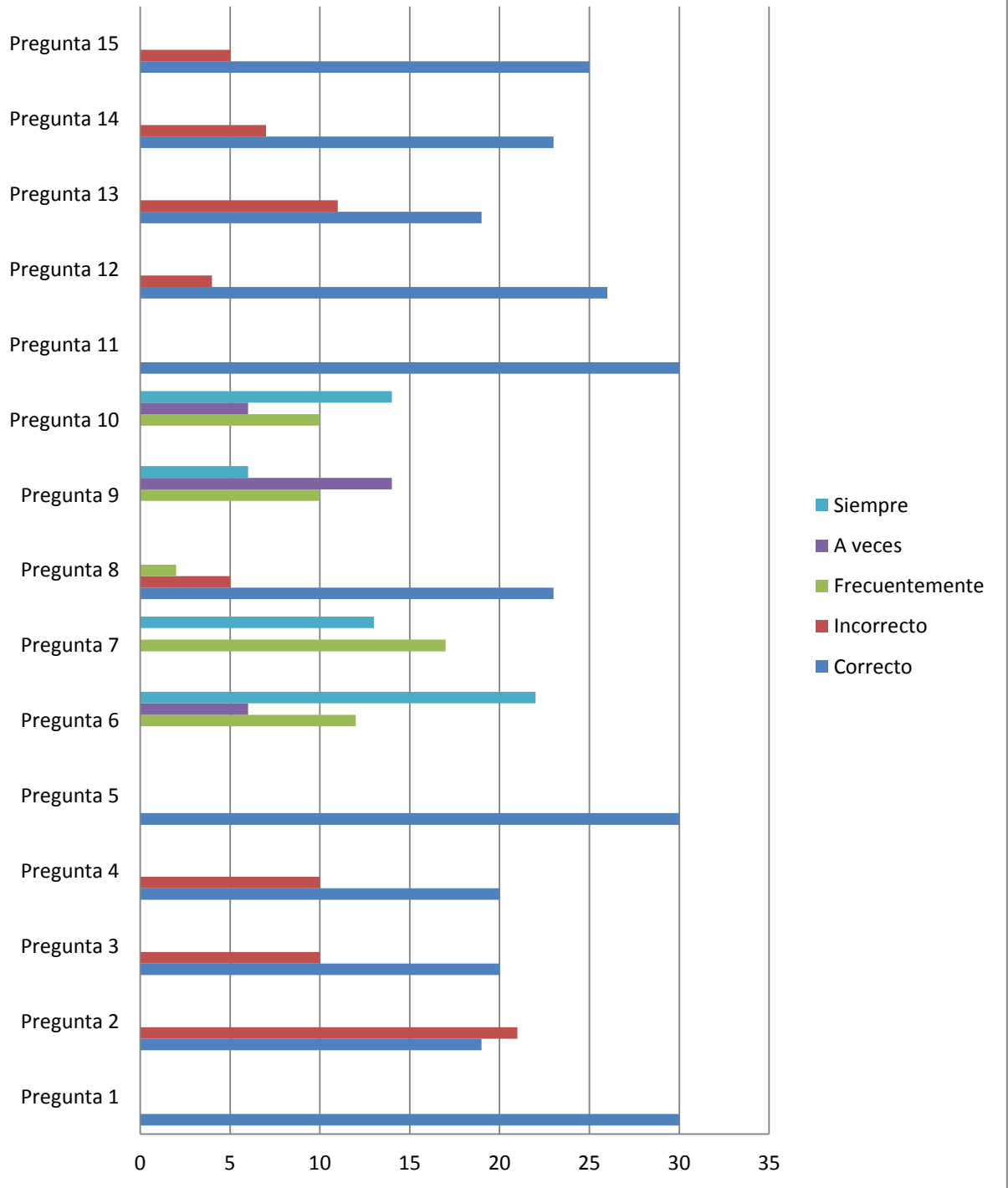


Gráfico #35: Análisis por Áreas del Test de Funciones Cognitivas Wonderlic Abreviado

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Interpretación: en el gráfico 35, se observa que de los 30 internos evaluados siendo estos el 100% de la población de estudio y analizando la tercera Área del Wonderlic que estudiará las funciones como Atención, Memoria, Lenguaje y Orientación, siendo un 90% de las respuestas correctas y tan solo un 10% de las respuestas incorrectas por esta razón su podría manifestar que las funciones se encuentran en un estado favorable. Las respuestas se verificaron con la entrevista ya que ahí se manifestó lenguaje, orientación, atención y memoria tomando como referencia las anamnesis de cada interno al igual que los datos obtenidos en las Historias Clínicas y las fichas de cada interno otorgadas por el departamento de Psicología, del Centro de Rehabilitación Social de Ambato.

Test Wonderlic Abreviado



Interpretación: dentro del Gráfico#19 al ser un análisis global del test se puede observar claramente las puntuaciones elevadas las mismas que marcan una guía del estado de las funciones cognitivas del lóbulo frontal, estas han permitido decir que alrededor de un 75 a 80% de las funciones cognitivas del lóbulo frontal se encuentran conservadas mientras que tan solo un 20% podrían estas afectadas, la información fue relacionada en la entrevista personal y en la formulación de las historias clínicas.

4.2) VERIFICACION DE LAS HIPÓTESIS

4.2.1) Hipótesis General

- Las funciones cognitivas se relacionan con los rasgos de personalidad antisocial, en los internos del pabellón #1 del Centro de Rehabilitación Social de Ambato, en el periodo Enero Septiembre del 2012.

4.2.2) Hipótesis Específicas

- Los rasgos de personalidad antisocial predominante en los internos del pabellón #1 del Centro de Rehabilitación Social son la impulsividad y la agresividad.
- Las funciones cognitivas tales como el lenguaje, la planificación y la memoria se encuentran conservadas en los internos del pabellón #1.
- Las técnicas de relajación disminuyen los índices de agresividad e impulsividad.

4.2.2) Verificación

Se acepta la hipótesis ya que existe una íntima relación entre las funciones cognitivas del Lóbulo frontal y los rasgos de personalidad antisocial para lo cual se aplicó 2 medidas psicométricas la primera es un cuestionario diseñado en base a los criterios diagnósticos del DSM IV TR que dio como resultado altos índices de agresividad e impulsividad, las funciones cognitivas se encuentran conservadas el lenguaje, la memoria, la concentración, la orientación, sin embargo el razonamiento, la impulsividad y la agresividad podrían estar afectadas, para trabajar las funciones deterioradas. Sería importante una intervención psicológica y psiquiátrica para la población con dificultades la misma que es alrededor del 20%, se recomienda la aplicación de una Técnica de relajación, fácil, breve y eficaz y entrenar a los internos para que puedan ser sus propios terapeutas.

TABLA DE CONTINGENCIA

		¿NOMBRE ESTE OBJETO?		
		CORRECTO	INCORRECTO	TOTAL HORIZONTAL
¿DEMUESTRA IRRITABILIDAD Y AGRESIÓN MEDIANTE ATAQUES	MUY FRECUENTEMENTE	14	8	22
	FRECUENTEMENTE	2	2	4
	OCASIONAL	2	0	2
	NUNCA	1	1	2
	TOTAL VERTICAL	19	11	30

Cuadro #37: Tabla de contingencia

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

HIPÓTESIS NULA (H₀).- Las funciones cognitivas No se relacionan con los rasgos de personalidad antisocial, en los internos del pabellón #1 del Centro de Rehabilitación Social de Ambato, en el periodo Enero Septiembre del 2012.

HIPÓTESIS ALTERNATIVA (H₁).- Las funciones cognitivas SI se relacionan con los rasgos de personalidad antisocial, en los internos del pabellón #1 del Centro de Rehabilitación Social de Ambato, en el periodo Enero Septiembre del 2012.

GRADOS DE LIBERTAD

Grados de libertad = (Filas – 1) *(Columnas-1)

Siguiendo la formula tenemos dos preguntas correspondientes a 4 columnas y CUATRO respuestas entonces correspondientes a 4 filas:

Grados de libertad = (4 – 1) *(2-1)

Grados de libertad = (3)*(1)

Grados de libertad= 3

Valor crítico: 7.81

Calculo del Chi- cuadrado

OBSERVADAS	ESPERADAS	O-E	(O-E)^2	(O-E)^2/E
10	13,93	-3,93	15,47	1,11
4	2,53	1,47	2,15	0,85
4	1,27	2,73	7,47	5,90
1	1,27	-0,27	0,07	0,06
8	8,07	-0,07	0,00	0,00
2	1,47	0,53	0,28	0,19
0	0,73	-0,73	0,54	0,73
1	0,73	0,27	0,07	0,10
				8,94

Cuadro #38: Calculo del Chi Cuadrado

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Considerando un nivel de significación del 5%, nivel de confianza es 95% y un grado de libertad, 2 en la tabla Chi Cuadrado se encuentra el valor de 7,81 el mismo que al contrastar con el valor de Chi cuadrado calculado, es 8.94 según la regla de decisión formulada que dice: Se acepta la hipótesis nula si el valor a calcularse X^2 es menor al valor de X^2 tabular. Caso contrario se rechaza.

Por lo tanto:

$H_0 = x^2 7.81 = \text{RECHAZO LA HIPOTESIS NULA}$

$H_A \neq x^2 7.81 = \text{ACEPTO LA HIPOTESIS ALTERNATIVA O DE INVESTIGACIÓN}$

8.94 > 7.81

Gráfica Chi cuadrado

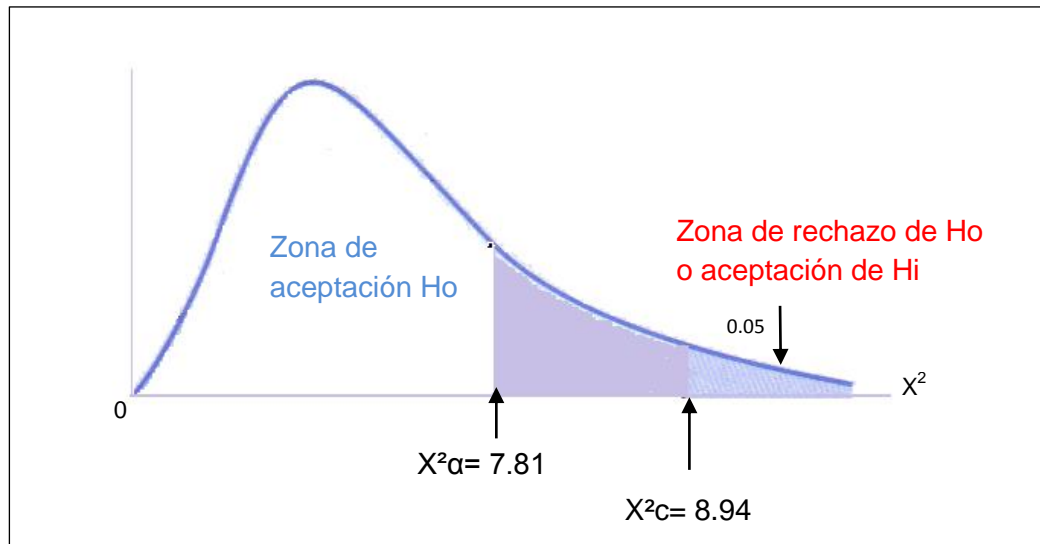


Gráfico #36: Gráfico del Chi Cuadrado

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Por tanto:

X^2 para 3 grados de libertad es de 7.81. Como $8.94 > 7.81$ se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa o de investigación.

INTERPRETACIÓN

Aun nivel de confianza del 95% se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alternativa o de investigación (H_A) que dice; Las funciones cognitivas SI se relacionan con los rasgos de personalidad antisocial, en los internos del pabellón #1 del Centro de Rehabilitación Social de Ambato, en el periodo Enero Septiembre del 2012.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1) Conclusiones:

- Al finalizar el trabajo investigativo se podría argumentar que en el Centro de Rehabilitación Social se realizó el estudio Funciones Cognitivas del Lóbulo Frontal y su relación con los rasgos de Personalidad Antisocial de los internos del Pabellón #1, al mismo tiempo se ha verificado que el 80% de las funciones cognitivas del Lóbulo Frontal se encuentran conservadas y que el 20% se hallan afectadas datos obtenidos posterior a la aplicación del test de funciones cognitivas Wonderlic Abreviado y mediante la aplicación de la opción Chi Cuadrado se afirmó mi hipótesis de trabajo es decir que las funciones cognitivas del lóbulo frontal tienen relación con los rasgos de personalidad antisocial.
- Gracias a la aplicación del test de funciones cognitivas Wonderlic Abreviado y su confiabilidad y validez se puede decir que se verificó un deterioro en las esferas de impulsividad, agresividad y razonamiento siendo estas principales rasgos de una personalidad antisocial, y que esferas como el lenguaje, la memoria, la concentración, la orientación, se encuentran conservadas en los internos, favoreciendo muchas de las ocasiones para el cometimiento de un delito.
- El cuestionario de criterios diagnósticos para evaluar rasgos de personalidad antisocial afirmó que los rasgos predominantes en los internos fueron la impulsividad, la agresividad, la mitomanía y la violación de reglas y que por estos motivos han cometido varios delitos. Finalmente se podría decir que las funciones cognitivas del lóbulo frontal están íntimamente relacionadas con los rasgos de personalidad antisocial ya que las esferas como el lenguaje esta conservada y esta favorece para la manipulación y la utilización de mentiras, así como la impulsividad

y la agresividad que son características netas de los delitos como asesinatos, robos y tenencia de sustancias estupefacientes.

5.2) Recomendaciones:

- Alrededor del 80 % de los internos gozan de funciones cognitivas conservadas, tan solo el 20% podrían tener algún tipo de dificultades por la misma razón se recomienda utilizar un modelo de Psicoterapia con el fin de aprovechar de mejor manera las funciones cognitivas de los internos.
- Utilizar La técnica de Relajación progresiva de Jacobson Modificada por Wolpe con el objetivo de reducir los índices de impulsividad y agresividad en los internos, entrenándolos para que ellos sean sus propios terapeutas y apliquen el modelo cada vez que sea necesario.
- Crear espacios de prevención conjuntamente con el equipo multidisciplinario del Centro, dirigidos hacia los internos con el fin de socializar patologías y las formas de ejercitar con el objetivo de conservar las funciones cognitivas proyectándose hacia una senectud tranquila y saludable.

CAPITULO VI

PROPUESTA

6.1 Datos Informativos

6.1.1 Tema:

“LA TECNICA DE RELAJACION PROGRESIVA DE JACOBSON MODIFICADA POR WOLPE PARA REDUCIR NIVELES DE AGRESIVIDAD E IMPULSIVIDAD EN LOS INTERNOS DEL PABELLON #1 DEL CENTRO DE REHABILITACION SOCIAL DE AMBATO”

6.1.2 Institución ejecutora:

Universidad Técnica de Ambato

6.1.3 Beneficiarios:

Directos: Internos del pabellón #1 del centro de rehabilitación social de Ambato

Indirectos: Familiares de los internos y sociedad.

6.1.4 Ubicación:

País: Ecuador

Provincia Tungurahua

Cantón Ambato

Lugar: Instalaciones del Centro de Rehabilitación Social de Ambato

6.1.5 Tiempo estimado para la ejecución:

6 meses

Inicio: Marzo 2013 Fin: Agosto 2013

6.1.6 Equipo Técnico Responsable:

Egda. Jenny Alexandra Coba Ruiz (investigadora)

Egdo. Msc. Miguel Guzmán Hallo Psc.cl.

Costo: 3000 dólares

6.2 Antecedentes de la Propuesta

Se comprobó después de la aplicación del test de Wonderlic y el Cuestionario de Rasgos de Personalidad Antisocial que las funciones cognitivas del lóbulo frontal tales como la memoria, el lenguaje el razonamiento están íntimamente relacionadas con los rasgos de personalidad antisocial la impulsividad, agresividad, planificación, y las fugas reiterativas del hogar, así como la capacidad de manipular que manifiestan los internos siendo las anteriores un puente conector para la realización de los delitos ya que son manipuladores, mitomaniacos, impulsivos y la agresividad ha sido parte de la historia de sus vidas.

Las conductas como impulsividad y la agresividad son muy elevadas y están presentes en un 70% de los internos del CRSA, produciéndose tensión psíquica estas influyen negativamente en el desempeño del interno las mismas que requieren apoyo psicoterapéutico y si el caso amerita farmacológico.

La técnica de Jacobson modificada por Wolpe (1938) favorece para estos casos ya que permite entrenar al paciente para que sea su propio terapeuta en momentos difíciles, es aplicable a todo público y dura tan solo 20 minutos logrando una relajación profunda.

6.3 Justificación

LA TECNICA DE RELAJACION PROGRESIVA DE JACOBSON MODIFICADA POR WOLPE PARA REDUCIR NIVELES DE AGRESIVIDAD E IMPULSIVIDAD EN LOS INTERNOS DEL PABELLON #1 DEL CENTRO DE REHABILITACION SOCIAL es de gran importancia para los mismos y sus familiares debido a un estudio previo en el cual repuntan los rasgos conductuales de la personalidad antisocial tales como la impulsividad y la agresividad estos han dado paso a buscar un tipo de solución psicológica tomando en cuenta que existe el espacio físico para la realización del método a su vez con la predisposición de los internos y el total apoyo de las autoridades del centro.

Debido a la escasa promoción de la Salud Mental y las pocas oportunidades de programas que se aplica en el centro, a las cuales se enfrentan los internos del pabellón #1 del CRSA, y tomando en consideración que los ecuatorianos culturalmente buscamos soluciones inmediatas a las dificultades el objetivo será reducir los niveles de impulsividad y agresividad de los internos ya que según entrevistas previas con los familiares manifiestan que a lo largo de su vida siempre han estado presentes estos rasgos, es por esta razón que se tomará la técnica de relación progresiva de Jacobson modificada por Wolpe como medida rápida en cuanto a la modificación conductual, creando nuevas expectativas de solución a dificultades conductuales.

6.4 Objetivos

6.4.1 General

- Aplicar la técnica de relajación progresiva de Jacobson modificada por Wolpe.

6.4.2 Específicos

- Reducir los niveles de impulsividad y agresividad en los Internos.
- Facilitar la adquisición de habilidades de afrontamiento de la impulsividad y agresividad que presentan los internos.
- Entrenar a los internos para que ellos sean sus propios terapeutas en casos que los profesionales no puedan estar presentes.

6.5 Análisis de Factibilidad

La aplicación de esta propuesta es factible ya que se cuenta con la apertura del centro, se cuenta con el espacio adecuado, y con la colaboración de cada uno de los Internos, existe también un lugar asignado para este tipo de terapias que está diseñado con las condiciones necesarias, está aislado de la bulla del centro, es privado y puede llevarse a cabo cada una de las sesiones necesarias para el Entrenamiento de los Internos.

6.6 Fundamentación Teórica

6.6.1 Introducción

- *La técnica de Relajación de Jacobson modificada por Wolpe*

Edmund Jacobson es el creador del método conocido como relajación progresiva. A principios de siglo concibió un método para relajarse cuya finalidad era la de provocar una tranquilidad mental al suprimir progresivamente todas las tensiones musculares. Este método pretende un aprendizaje de la relajación progresiva de todas las partes del cuerpo. "Jacobson. Descubrió que, tensando y relajando sistemáticamente varios grupos de músculos y aprendiendo a atender y a discriminar las sensaciones resultantes de la tensión y la relajación, una persona puede eliminar, casi completamente, las contracciones musculares y experimentar una sensación de relajación profunda. La culminación de los estudios fue la Relajación Progresiva(1938), una descripción teórica de su teoría y procedimientos. Cuatro años antes se había escrito "Tu debes relajarte" como una versión para no profesionales del mismo material. Desde 1936 hasta los años sesenta, Jacobson continuó sus investigaciones en el Laboratorio de Fisiología Clínica de Chicago. Desde 1962, el procedimiento básico de relajación incluyó quince grupos de músculos. Cada grupo era tratado en sesiones que iban de una a nueve hora diarias, antes de continuar con el grupo siguiente, con un total de 56 sesiones de entrenamiento sistemático."

La cantidad de horas propuestas por Jacobson para el entrenamiento de la relajación progresiva es una limitación seria para la posibilidad de aplicación de la técnica.

Fue Josep Wolpe quien adaptó la técnica como elemento de contracondicionamiento y la redujo a seis sesiones de veinte minutos con dos sesiones de práctica diaria, en casa, de quince minutos.

Los procedimientos de Wolpe fueron similares a los de Jacobson en cuanto a tensar y relajar los grupos de músculos para conseguir la relajación profunda. Sin embargo, el terapeuta en este caso dirige todos los aspectos del procedimiento a través de instrucciones verbales presentadas durante las sesiones de entrenamiento. Los terapeutas de Wolpe empleaban la sugestión directa e incluso procedimientos hipnóticos para facilitar el conocimiento de las sensaciones corporales.

- *El lugar para realizar la técnica*

En el lugar que se realice la técnica se evitará en la medida de lo posible los estímulos auditivos y visuales (poco ruido y poca luz).

Las condiciones del lugar donde se realizará la práctica tiene que cumplir unos requisitos mínimos:

- Ambiente tranquilo, sin demasiados ruidos y lejos de los posibles estímulos exteriores perturbantes.
- Temperatura adecuada; la habitación tiene que tener una temperatura moderada (ni alta ni baja) para facilitar la relajación.
- Luz moderada; es importante que se mantenga la habitación con una luz tenue.

- *La posición para la técnica*

Para el entrenamiento en la relajación progresiva podemos utilizar diferentes tipos de posiciones. A continuación especificamos las que podrían utilizarse:

1. Tendido sobre una cama o una camilla con los brazos y las piernas ligeramente en ángulo y apartados del cuerpo.

2. Un sillón cómodo y con brazos; en este caso es conveniente que utilicemos apoyos para la nuca y los pies.
3. Sentados en una silla o banqueta. En este caso utilizaremos la posición del cochero.

- *La ropa*

En una sesión previa se advierte al paciente que no lleve prendas de vestir demasiado ajustadas que puedan interferir en el proceso de entrenamiento o que sean fuente de una tensión extra.

Es importante el tema de las gafas, zapatos, sujetadores, lentes de contacto, etc. Todos estos temas deben de discutirse con el cliente y buscar un acuerdo de cómo se va a seguir el procedimiento.

- *La técnica*

Entre los métodos con base en Jacobson y con buenos resultados podemos destacar el método Wolpe:

Postula un programa reducido a seis lecciones en vez del largo programa de ejercicios propuesto por Jacobson, limita la duración de los ejercicios a un período de tiempo entre 15 y 20 minutos, y se capacita al consultante a realizar los ejercicios en casa dos veces al día.

- Primera lección:

Brazos sugiere la realización de un movimiento de flexión y otro de extensión con el puño cerrado, el instructor dificulta la flexión o la extensión en cada caso obligando a forzar el movimiento y tensar la musculatura, cuando el brazo llega a tocar el brazo del sillón el brazo entero se relaja.

Entonces se sugiere que uno vaya más allá de la sensación de relax que percibe en el momento presente y se abandone, se deje ir y relajarse más y más. De igual forma se puede

sugerir la aplicación de los siguientes ejercicios d forma paulatina y en un tono de voz suave:

- Segunda lección:

Se trabajara directamente en los grupos musculares de Ojos y frente.

- Tercera lección:

Se trabajan mandíbulas.

- Cuarta lección:

Hombros y cuello.

- Quinta lección:

Tórax y abdomen.

- Sexta lección:

Piernas.

El realizar un aprendizaje rápido del método permite identificar aquellas partes que generan una mayor sensación de relajación general e incidir sobre ellas para alcanzar un nivel más intenso y satisfactorio de relajación en menos tiempo.

Como podemos observar reduce el tiempo de cada ejercicio y el número de los mismos, sin embargo reúne en tan solo seis lecciones lo más importante del entrenamiento autógeno, facilitando así de forma breve la práctica de un ejercicio que incumbe a todo el cuerpo, sin excesivos requerimientos de tiempo ni continuas repeticiones localizadas una y otro vez sobre la misma zona.

- *El curso del entrenamiento*

Partiendo del trabajo inicial de Jacobson y posteriormente de Wolpe se empezaron a desarrollar toda gama de variaciones del proceso original. Este estado de cosas se complicó hasta tal punto que cada autor desarrolló su propio sistema de relajación. Esto es fácilmente comprobable ya que si revisamos cualquier manual al uso de modificación de conducta podemos observar un método de relajación diferente en cada uno de ellos, aunque, eso sí, al menos todos guardan una relación paralela.

Es un intento de solucionar este problema D.A. Bernstein y T.D. Brokovec en su libro "Entrenamiento en Relajación Progresiva" sistematizan un modelo de la relajación progresiva para equiparar los procesos de investigación que utilizan la relajación, de esta forma el método no variaría de investigación a investigación, y de esta manera establecer un consenso en el método a utilizar.

- *Recomendaciones prácticas*

Las siguientes sugerencias, tomadas de Goldfried y Davidson (1976) y recogidas por T.Carnwath y D. Miller (1989), han demostrado su utilidad en la práctica clínica:

- a. Decir al paciente que está aprendiendo una nueva habilidad, del mismo modo que podría aplicarse y conjugarse con practicar algún deporte. Ha aprendido a estar ansioso y ahora va aprender a relajarse, aunque esto requiere tiempo.
- b. Podría tener sensaciones "extrañas", tales como hormigueo o sensación de flotar. Esto son señales positivas de que se está "soltando". De un modo similar, la ansiedad, por un incremento aparente de los síntomas, como la frecuencia cardíaca o la tensión muscular, indica simplemente una mayor conciencia física y no una disfunción física resultante.
- c. Recomendar que "deje que las cosas ocurran y "que se deje llevar por el proceso".

- d. No debe tener miedo de perder el control, pues es libre de dejarlo en cualquier momento. Es responsable de la situación. Comprobar su miedo periódicamente. Utilizar la analogía, por ejemplo, de montar a caballo: el control y el equilibrio básicos se consiguen "soltando los músculos".
- e. El aprendizaje de la relajación no es un examen que implique aprobar o suspender. Ni se desea un esfuerzo porfiado. Es muy posible que los efectos tarden en aparecer y esto es normal ya que podría tratarse de que la persona lleva mucho tiempo tenso.
- f. Es libre de moverse en la silla para buscar una posición cómoda, aunque no debe hacer movimientos corporales innecesarios o bruscos, ni debe hablar con el terapeuta si no es preciso.
- g. Puede mantener abiertos los ojos inicialmente si se siente más cómodo así, aunque más adelante debe intentarlo con los ojos cerrados.
- h. Podría hacerse mucho más sensible a las sensaciones asociadas al inicio de la ansiedad y tensión. Estas pueden utilizarse como pautas para interceptar el inicio de las mismas en el futuro.

Según estos mismos autores, también puede ser útil para ayudar al paciente a acostumbrarse al aprendizaje:

- a. Modelar el procedimiento, particularmente en los casos donde se combina la tensión y la relajación de grupos musculares con una frecuencia respiratoria. Esto ayudará a clarificar las instrucciones del ejercicio y aliviará cualquier vergüenza de adoptar expresiones faciales o posturas corporales "raras".

- b. Animar a la persona a hacer preguntas si tiene dudas sobre alguna parte del proceso
- c. Comprobar si encuentra incómodo llevar lentes de contacto con los ojos cerrados durante períodos de tiempo largos y, si es así, permitir que se las quite. También se le puede recomendar que se afloje la ropa o se saque los zapatos demasiado apretados.
- d. Administrar las instrucciones de relajación con voz cálida, baja y suave, aun ritmo más lento de lo normal. Tomarse todo el tiempo necesario.
- e. Observar al paciente de cerca durante la(s) primera(s) sesión(es) para asegurar que está siguiendo las instrucciones correctamente y que no está engañando en su propio detrimento.
- f. Retroalimentación. Después de las sesiones (o durante las mismas si es apropiado), ayudar al paciente a dominar la técnica con más rapidez y eficacia.
- g. Elogiar al paciente por sus esfuerzos. No es fácil soltarse después de varios años de tensión, por lo que elogiar y animar al paciente de un modo apropiado reforzará sus esfuerzos y estimulará su motivación para perseverar.

6.7 Modelo Operativo

TECNICA DE RELAJACIÓN

Fase N°1 Inducida por el terapeuta

Áreas de relajación	Orden	Indicación	Duración
Cuerpo. Ojos cerrados	Acostarse, indicación sugestiva	Acostarse lo más cómodo posible	2 – 3 minutos
Brazos: puño, antebrazos, bíceps, tríceps	Derecho, izquierdo, ambos	Cerrar, apretar, tensionar. Relajar.	4 – 5 minutos
Facial, nuca, hombros, parte superior espalda	Frente, ojos, maxilares, cuello	Arrugar, alisar, relajar, apretar, relajar	4 – 5 minutos
Torax, estomago, parte inferior espalda	Pulmones, abdomen, espalda	Respira, expulsar aire, apretar relajar	4 – 5 minutos
Caderas, muslos y tobillos	Talones, rodillas, dedos del pie	Flexionar, presionar, relajar	4 – 5 minutos
Relajación completa del cuerpo	Parte inferior, central y parte superior	Relajación profunda, inhalar y exhalar	4 – 5 minutos
Relajación completa del cuerpo	Levantarse	Contar regresivamente de 4 a 1 Abra los ojos	4 – 5 minutos

Cuadro #39: Tecnica de Relajación Modelo operativo

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Fase N°2 Reforzamiento por el terapeuta

Áreas de relajación	Orden	Indicación	Duración
Cuerpo. Ojos cerrados	Acostarse, indicación sugestiva	Acostarse lo más cómodo posible	2 – 3 minutos
Brazos: puño, antebrazos, bíceps, tríceps	Derecho, izquierdo, ambos	Cerrar, apretar, tensionar. Relajar.	4 – 5 minutos
Facial, nuca, hombros, parte superior espalda	Frente, ojos, maxilares, cuello	Arrugar, alisar, relajar, apretar, relajar	4 – 5 minutos
Torax, estomago, parte inferior espalda	Pulmones, abdomen, espalda	Respira, expulsar aire, apretar relajar	4 – 5 minutos
Caderas, muslos y tobillos	Talones, rodillas, dedos del pie	Flexionar, presionar, relajar	4 – 5 minutos
Relajación completa del cuerpo	Parte inferior, central y parte superior	Relajación profunda, inhalar y exhalar	4 – 5 minutos
Relajación completa del cuerpo	Levantarse	Contar regresivamente de 4 a 1 Abra los ojos	4 – 5 minutos

Cuadro #40 :Tecnica de Relajación Modelo operativo

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

Fase N° 3 Auto Inducida por el paciente

Áreas de relajación	Orden	Indicación	Duración
Cuerpo. Ojos cerrados	Acostarse, indicación sugestiva	Acostarse lo más cómodo posible	2 – 3 minutos
Brazos: puño, antebrazos, bíceps, tríceps	Derecho, izquierdo, ambos	Cerrar, apretar, tensionar. Relajar.	4 – 5 minutos
Facial, nuca, hombros, parte superior espalda	Frente, ojos, maxilares, cuello	Arrugar, alisar, relajar, apretar, relajar	4 – 5 minutos
Torax, estomago, parte inferior espalda	Pulmones, abdomen, espalda	Respira, expulsar aire, apretar relajar	4 – 5 minutos
Caderas, muslos y tobillos	Talones, rodillas, dedos del pie	Flexionar, presionar, relajar	4 – 5 minutos
Relajación completa del cuerpo	Parte inferior, central y parte superior	Relajación profunda, inhalar y exhalar	4 – 5 minutos
Relajación completa del cuerpo	Levantarse	Contar regresivamente de 4 a 1 Abra los ojos	4 – 5 minutos

Cuadro #41: Técnica de Relajación Modelo operativo

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

6.8 Metodología

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Logística	Identificar el espacio físico donde se aplicara el método	Preparación del material teórico practico	Material de oficina Material bibliográfico	Investigadora	Del 1 al 4 de marzo
Encuadre	Establecimiento de normas y objetivos	Reunión con el equipo de trabajo	Material de oficina Material bibliográfico Recursos humanos	Investigadora	Del 15 al 24 de marzo
Empatía	Establecimiento y fortalecimiento de la relación terapéutica	Recolección de información estudio amnésico	Historias clínicas Material de oficina Humanos (internos)	Investigadora	Del 25 de Marzo al 20 de abril
Proceso de intervención inicial	Conocimiento y socialización de la técnica	Exposición de la técnica Entrenamiento d la relajación Evaluación del grado de	Lugar a trabajar Material bibliográfico Material de oficina Humanos (internos)	Investigadora	Del 22 de abril al 6 de mayo

		sugestionabilidad			
Proceso de intervención intermedia	Reforzamiento de la técnica	Entrenamiento d la relajación	Lugar a trabajar Material bibliográfico Material de oficina Humanos (internos)	Investigadora	Del 6 de mayo al 6 de junio
Proceso de intervención avanzada	Entrenar a los internos como sus propios terapeutas Aplicar la técnica entre internos Socializar la técnica	Exposición de la técnica realizada , uso y aplicación Aplicación de la técnica Socialización de la técnica	Lugar a trabajar Material bibliográfico Material de oficina Humanos (internos)	Investigadora	Del 6 de junio al 20 de julio
Proceso de evaluación teórica practica	Evaluar la técnica	Lluvia de ideas Participación dinámica Aplicación de la técnica	Lugar a trabajar Material bibliográfico Material de oficina Humanos (internos)	Investigadora	Del 20 de julio al 15 de agosto

Cuadro #42: Metodología de la propuesta

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

6.9 Plan de Monitoreo

PREGUNTAS BASICAS	EXPLICACION
QUE EVALUAR	Reducción de los niveles de impulsividad y agresividad
POR QUE EVALUAR	Por qué en el pabellón #1 del centro de rehabilitación social de Ambato existen altos grados de impulsividad y agrsividad
PARA QUE EVALUAR	Para mejorar la calidad de vida de los internos
CON QUE CRITERIOS	EFICIENCIA, EFICACIA, RIESGO, COHERENCIA, EFECTIVIDAD
INDICADORES	Cualitativos ya que se explora un problema conductual social y Cuantitativos por que se buscará estadísticas
QUIEN EVALUA	Egda. Jenny Coba
CUANDO EVALUAR	Periodo marzo agosto 2013
COMO EVALUAR	A través de la técnica de relajación progresiva de Jacolbson modificada por Wolpe.

FUENTES DE INFORMACION	Familiares de los internos, compañeros de celdas, departamento de psicología del centro.
CON QUE EVALUAR	Técnica de relajación progresiva de Jacobson modificada por Wolpe

Cuadro #43: Plan de monitoreo de la propuesta

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

7.0 Marco Administrativo

7.1 Recursos

Institucionales

Universidad Técnica de Ambato

Facultad de ciencias de la Salud

Carrera de Psicología Clínica

Centro de Rehabilitación Social de Ambato

Departamento de evaluación y diagnóstico

Dra. Dolores Salazar

Pabellón #1 varones

- **Humanos**

Jenny Alexandra Coba Ruiz

Psc. Cl. Miguel Guzmán

30 internos del pabellón #1 del Centro de Rehabilitación Social de Ambato

- **Materiales**

Equipos tecnológicos como computador, infocus, cámara fotográfica.

Viáticos

Servicios profesionales

Materiales de escritorio

- **Financieros**

Alícuotas del investigador

7.2 Presupuesto

Rubro de Gastos	Valor
Personal de apoyo	\$1000
Adquisición de equipos	\$200
Material de escritorio	\$200
Viáticos	\$1000
Imprevistos	\$600
<i>TOTAL</i>	<i>\$3000</i>

Cuadro #44: Presupuesto

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Ruiz

8 Cronograma de Actividades

N°	Meses y semanas							
	Actividades	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
1	Elaboración del proyecto							
2	Elaboración del marco teórico							
3	Recolección de Información							
4	Procesamiento de Datos							
5	Análisis de Resultados							
6	Formulación de la propuesta							
7	Presentación del Informe							

Cuadro #45: Cronograma de actividades

Elaborado por: Jenny Alexandra Coba Rui

9 Referencias Bibliográficas

BIBLIOGRAFIA

- BALAREZO, CH (2005), Manual de Sicoterapia, Editorial Centro de Publicaciones Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Segunda Edición, Quito Ecuador pag 75-100; 130 – 135.
- CIE 10, (2000), Guía de bolsillo de la clasificación del Cie 10 reimpresión, Editorial Panamericana, Madrid España.
- DSM VI TR, (2008), Manual Psicodiagnóstico, Editorial el Manual Moderno SA de CV primera reimpresión de la primera edición 2008
- HERRERA E. Luis, (2008) Tutoría de la investigación científica. Ambato, Ecuador
- SULLIVAN H.S., (1959). Concepciones de la Psiquiatría Moderna, Editorial. Psique, Argentina Buenos Aires pag 50-80
- KOLB, B. & WISHAW, I.P. (2003). Fundamentos de Neuropsicología humana. (5ª ed.). Freeman Pag. 80-234
- LURIA, A.R. (1973). El cerebro de trabajo :Introducción a la Neuropsicología. Pag 40-100
- MILTON T, (1974). Psicopatología y Personalidad. Editorial Interamericana, México. Pag 10-60

LINKOGRAFIA

- <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3902/r020178.pdf>
- <http://www.crime-times.org/>
- <http://www.neurologiacognitiva.org/material/1226091824s.pdf>
- http://www.cpcb.com.ar/personalidad_psicopatica.html
- <http://www.neuropsicologia.com/img/FuncionesEjecutivas.pdf>
- <http://medicinafarmacologia.blogspot.com/2010/04/lobulo-frontal.html>

- <http://www.psicologia-online.com/autoayuda/relaxs/progresiva.htm>
- <http://www.psiquiatria.com>
- <http://www.psiquiatriaypsicologia.com>

CITAS BIBLIOGRAFICAS BASES DE DATOS UTA

- BVS, REVISTA MÉDICA VOZANDES (2012) Reyes J., Prevalencia de infección por el virus de inmunodeficiencia humana y su relación con las funciones cognitivas de los pacientes que acuden al servicio de Neurología del Hospital Pablo Arturo Suarez, Quito Ecuador Red Med Vozandes 2012; pag 1-20, consultado Diciembre 2012
- BVS, REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS UNIVERSIDAD DE CUENCA (2012) Segarra J. Perfil de personalidad materna en hospitales de la provincia del Azuay, Ecuador 2010; pag 7-11 Consultado Enero 2013
- EBRARY, HANDBOOK OF PSYCOLOGY, (2012) Personality and Social Psychology (2° edition) Weiner I. Publisher Wiley pag 3-5 Consultado Enero 2013
- EBRARY, AGRESION FROM FANTASY TO ACTION, (2011) Williams P. Publisher Karnan Books pag 41-60 Consultado Febrero 2013
- EBRARY, PSYCHICK BIBLE, (2009) Breyer P. Publisher Federal House pag 33-48 Consultado Febrero 2013

10 Anexos

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Centro de rehabilitación social



Pabellones



Internos del CRSA



Interno pabellón #1



Pabellón Planta Baja



4.5.6) infraestructura del CRSA