

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

CENTRO UNIVERSITARIO DE OCCIDENTE

DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO

**PRESENCIA DE RASGOS ANTISOCIALES POR ESCALA HARE EN
TRASTORNO MENTAL SECUNDARIO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS**

**Estudio analítico, prospectivo sobre la presencia de rasgos antisociales por
la escala HARE (PCL-R) en los pacientes con Trastorno mental y del
comportamiento secundario al consumo de sustancias, ingresados por
orden judicial al pabellón 4 del Hospital Nacional de Salud Mental, abril-
mayo 2024**

Carmen Julieta Loarca Cadenas

MÉDICA Y CIRUJANA

Quetzaltenango junio de 2024

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

CENTRO UNIVERSITARIO DE OCCIDENTE

DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO

**PRESENCIA DE RASGOS ANTISOCIALES POR ESCALA HARE EN
TRASTORNO MENTAL SECUNDARIO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS**

**Estudio analítico, prospectivo sobre la presencia de rasgos antisociales por
la escala HARE (PCL-R) en los pacientes con Trastorno mental y del
comportamiento secundario al consumo de sustancias, ingresados por
orden judicial al pabellón 4 del Hospital Nacional de Salud Mental, abril-
mayo 2024**

Carmen Julieta Loarca Cadenas

Previo a conferírsele el Título de

MÉDICA Y CIRUJANA

Quetzaltenango junio de 2024

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

CENTRO UNIVERSITARIO DE OCCIDENTE

DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO

AUTORIDADES:

RECTOR MAGNIFICO: MSC. WALTER RAMIRO MAZARIEGOS BIOLIS
SECRETARIO GENERAL: LIC. LUIS FERNANDO CORDÓN LUCERO
DIRECTOR GENERAL CUNOC: DR. CÉSAR HAROLDO MILIÁN REQUENA
SECRETARIO ADMINISTRATIVO: LIC. JOSÉ EDMUNDO MALDONADO MAZARIEGOS

DIRECTOR DE DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD:

DR. JULIO CÉSAR FUENTES MÉRIDA

COORDINADOR GENERAL DE LA CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO:

DR. GILTON RICARDO RUIZ SOC

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

CENTRO UNIVERSITARIO DE OCCIDENTE

DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO

CONSEJO DIRECTIVO

DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE OCCIDENTE:

DR. CÉSAR HAROLDO MILIÁN REQUENA

SECRETARIO ADMINISTRATIVA:

LIC. JOSÉ EDMUNDO MALDONADO MAZARIEGOS

REPRESENTANTE DE DOCENTES:

MSC. EDELMAN CÁNDIDO MONZÓN LÓPEZ

MSC. ELMER RAÚL BETHANCOURT MÉRIDA

REPRESENTANTES DE ESTUDIANTES:

BR. ALEYDA TRINIDAD DE LEÓN PAXTOR DE RODAS

BR. JOSÉ ANTONIO GRAMAJO MARTIR

REPRESENTANTE DE EGRESADOS:

LIC. VÍCTOR LAWRENCE DÍAZ HERRERA

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

CENTRO UNIVERSITARIO DE OCCIDENTE

DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO

TRIBUNAL DE INVESTIDURA

Presidente: DR. JULIO CÉSAR FUENTES MÉRIDA

Secretario: DR. GILTON RICARDO RUIZ SOC

Asesor: DR. MIGUEL ALEJANDRO DE LEÓN CARDOZA

Revisor: DR. CRISTIAN ESTUARDO BARRIOS RODRIGUÉZ

COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

COORDINADORA: DRA. TELMA ELENA ROSALES RÉGIL

DR. GILTON RICARDO RUIZ SOC

DRA. EDNA NINETH DE LEÓN SÁNCHEZ

LICDA. MÓNICA LIZETH ARANGO AZURDIA

DRA. CAROLL EUGENIA ZÚÑIGA ANLEU

ING. CARLOS GUILLERMO ARGUETA MÉJIA

DR. MANUEL ALBERTO ESTRADA TARACENA

DR. BRANLY DE JESÚS DE LEÓN OCHOA

DRA. ROXANDA MARÍA POCÓM LÓPEZ

DR. JULIO CÉSAR FUENTES MÉRIDA

DR. VÍCTOR AUGUSTO RODRÍGUEZ BARRIOS

DR. HAROLDO MARDOQUEO SON GARCÍA

Quetzaltenango junio de 2024

Dr. Julio César Fuentes Mérida
Director de División de Ciencias de la Salud
Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario de Occidente

Respetable Doctor:

De la manera más atenta me dirijo a usted, para hacer de su conocimiento que revisé el trabajo de graduación en la fase de informe final designado: **“PRESENCIA DE RASGOS ANTISOCIALES POR ESCALA HARE EN TRASTORNO MENTAL SECUNDARIO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS** “en la modalidad de tesis, presentado por la estudiante Carmen Julieta Loarca Cadenas, quien se identifica con número de carné 3441 79508 0901 y registro académico 201431272, como requisito previo a obtener el título de Médico y Cirujano. Considerando que el mismo reúne la calidad científica, teórica y técnica requerida por la Universidad de San Carlos de Guatemala, me permito emitir **DICTAMEN FAVORABLE** para que se le pueda dar trámite correspondiente.

Sin otro particular, agradeciendo su atención, me suscribo de usted.

Atentamente.

(f) 
Dr. Miguel Alejandro De León Cardoza
Asesor de Tesis

DR. MIGUEL ALEJANDRO DE LEÓN CARDOZA
Médico y Psiquiatra Colegiado 6794
HN.S.M.

Quetzaltenango junio de 2024


Dr. Julio César Fuentes Mérida
Director de División de Ciencias de la Salud
Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario de Occidente

Respetable Doctor:

De la manera más atenta me dirijo a usted, para hacer de su conocimiento que revisé el trabajo de graduación en la fase de informe final designado: **"PRESENCIA DE RASGOS ANTISOCIALES POR ESCALA HARE EN TRASTORNO MENTAL SECUNDARIO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS** "en la modalidad de tesis, presentado por la estudiante Carmen Julieta Loarca Cadenas, quien se identifica con número de carné 3441 79508 0901 y registro académico 201431272, como requisito previo a obtener el título de Médico y Cirujano. Considerando que el mismo reúne la calidad científica, teórica y técnica requerida por la Universidad de San Carlos de Guatemala, me permito emitir **DICTAMEN FAVORABLE** para que se le pueda dar trámite correspondiente.

Sin otro particular, agradeciendo su atención, me suscribo de usted.

Atentamente.

(f) 
Dr. Cristian Estuardo Barrios Rodríguez

Revisor de Tesis

Dr. Cristian Estuardo Barrios Rodríguez
NEUROPSIQUIATRÍA NEUROPSIQUIATRÍA
COLLEGIADO 15,182



Centro Universitario de Occidente
DIVISIÓN CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

Quetzaltenango 19 de Julio de 2024

Doctor
Julio César Fuentes Mérida
Director de la División de Ciencias de la Salud
Carrera de Médico y Cirujano
Edificio

Doctor Julio Fuentes:


Por medio de la presente me permito informar que la estudiante: CARMEN JULIETA LOARCA CADENAS, ha llenado los requisitos reglamentarios para que se le autorice la Orden de Impresión de Tesis previa revisión por el Coordinador de la Carrera, denominada "PRESENCIA DE RASGOS ANTISOCIALES POR ESCALA HARE EN TRASTORNO MENTAL SECUNDARIO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS" en fase de informe final.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



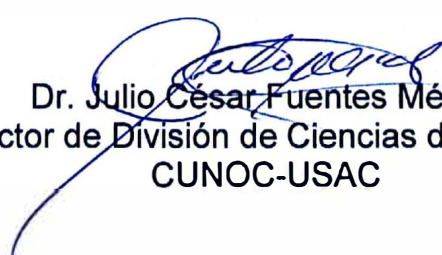

Dra. Telma Rosales Régil
Coordinadora Comité de Investigación
División Ciencias de la Salud



El infrascrito DIRECTOR DE DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD Del Centro Universitario de Occidente ha tenido a la vista la CERTIFICACION DEL ACTA DE GRADUACION No. 072-2024 M y C, de fecha 29 de agosto del año 2024 del (la) estudiante: Carmen Julieta Loarca Cadenas con carne No. 3441 79508 0901 y Registro Académico 201431272 emitida por el Coordinador General de la carrera de MEDICO Y CIRUJANO, por lo que se **AUTORIZA LA IMPRESIÓN DEL TRABAJO DE GRADUACIÓN** titulado: **“PRESENCIA DE RASGOS ANTISOCIALES POR ESCALA HARE EN TRASTORNO MENTAL SECUNDARIO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS”**

Quetzaltenango, 29 de agosto de 2024.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Dr. Julio César Fuentes Mérida
Director de División de Ciencias de la Salud
CUNOC-USAC



DEDICATORIA

A Dios, por regalarme alegrías inimaginables, por tomarme de su mano, mostrarme el camino y ser su respaldo el lugar en donde nace mi valentía.

A mis padres, Herbert Loarca Moreira y María Magdalena Cadenas Fuentes por su apoyo incondicional, por demostrarme su amor tanto en palabras como en acciones, por siempre darme a manos llenas, por impulsarme a alcanzar mis metas y enseñarme desde el ejemplo a vivir honrando mi vida. Es por ustedes que el día de hoy tengo la dicha de caminar con la frente en alto.

A mis hermanos, Mario Alberto y Sara María quienes han sido los mejores amigos que la vida me ha podido dar. Espero que esto los inspire a cumplir sus metas, pero sobre todo a alcanzar sus sueños.

A toda mi familia; abuelas, abuelos, tíos, tías, primos y primas, con sus palabras de aliento, oraciones y cariño me han impulsado a alcanzar este logro.

A mi novio, Javier Vásquez por ser un compañero ideal, una luz en mi vida y una razón para sonreír día a día.

A mis amigas, por darme fortaleza en las dificultades y ser motivo de alegría en mi vida.

A cada uno de los pacientes a quienes he tenido la dicha de servir desde el inicio de mi practica hospitalaria y hasta la fecha, muchísimas gracias, lo que aprendí junto a ustedes va más allá de lo leído en libros.

Y por último este momento se lo dedico a esa niña que soñaba con ser médico, el día de hoy ese sueño es una realidad.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesor, Dr. Miguel Alejandro De León Cardoza por su catedra y apoyo durante la elaboración de este trabajo, gracias por darme la confianza de realizarlo.

A Dr. Luis Felipe Alvarado Arévalo y Dra. María José Lara Santos, jefes de servicio del Pabellón 4, por su acompañamiento e instrucción durante la realización de mi trabajo de campo.

Al Hospital Nacional de Salud Mental, por darme su voto de confianza, abrireme sus puertas y permitirme realizar esta investigación.

A los pacientes del pabellón 4 del Hospital Nacional de Salud Mental por acceder a participar de esta investigación, por su disposición a responder mis preguntas y permitirme plasmar sus respuestas en este trabajo.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala, por darnos a miles de jóvenes la oportunidad de optar por una educación superior pública y accesible. A pesar de que unos pocos la quieren ver doblegada por sus intereses mezquinos, esta universidad seguirá siendo GRANDE ENTRE LAS DEL MUNDO.



PRESENCIA DE RASGOS ANTISOCIALES POR ESCALA HARE EN TRASTORNO MENTAL SECUNDARIO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS

Estudio analítico, prospectivo sobre la presencia de rasgos antisociales por la escala HARE (PCL-R) en los pacientes con Trastorno mental y del comportamiento secundario al consumo de sustancias ingresados por orden judicial al pabellon 4 del Hospital Nacional de Salud Mental, abril-mayo 2024.

RESUMEN

Los rasgos de personalidad que se caracterizan por transgredir derechos ajenos, falta de empatía, manipulación y otras son definidos como rasgos antisociales. Estos coexisten con el consumo de sustancias estupefacientes (marihuana, cocaína, alcohol, etc) sin embargo no han sido evaluados en una población hospitalaria ligada a proceso penal, lo cual podría contribuir a mejorar su diagnóstico y tratamiento. Dentro de los objetivos se encuentra conocer la existencia de rasgos antisociales, su nivel, valor y categoría, además de definir la presencia de personalidad antisocial (sociopatía) dentro de la población evaluada. El estudio fue de tipo prospectivo, analítico, transversal en el cual se utilizó como herramienta principal el Test PCL-R Escala HARE. La población evaluada fue de 71 pacientes masculinos ingresados por orden judicial penal al Pabellón 4 del Hospital Nacional de Salud Mental, diagnosticados con Trastorno mental del comportamiento secundario al consumo de sustancias. Se obtuvo como resultado que el 91.64% de la población tiene rasgos antisociales categorizados de moderados a muy altos y un 36.62% características de sociopatía. Los rasgos antisociales existen dentro de la población del pabellón 4 del Hospital nacional de salud mental, por lo cual es una obligación por parte de las autoridades el brindar un correcto diagnóstico, pronóstico y tratamiento a los mismos, al igual que el seguimiento clínico, en el caso que sean declarados inimputables.

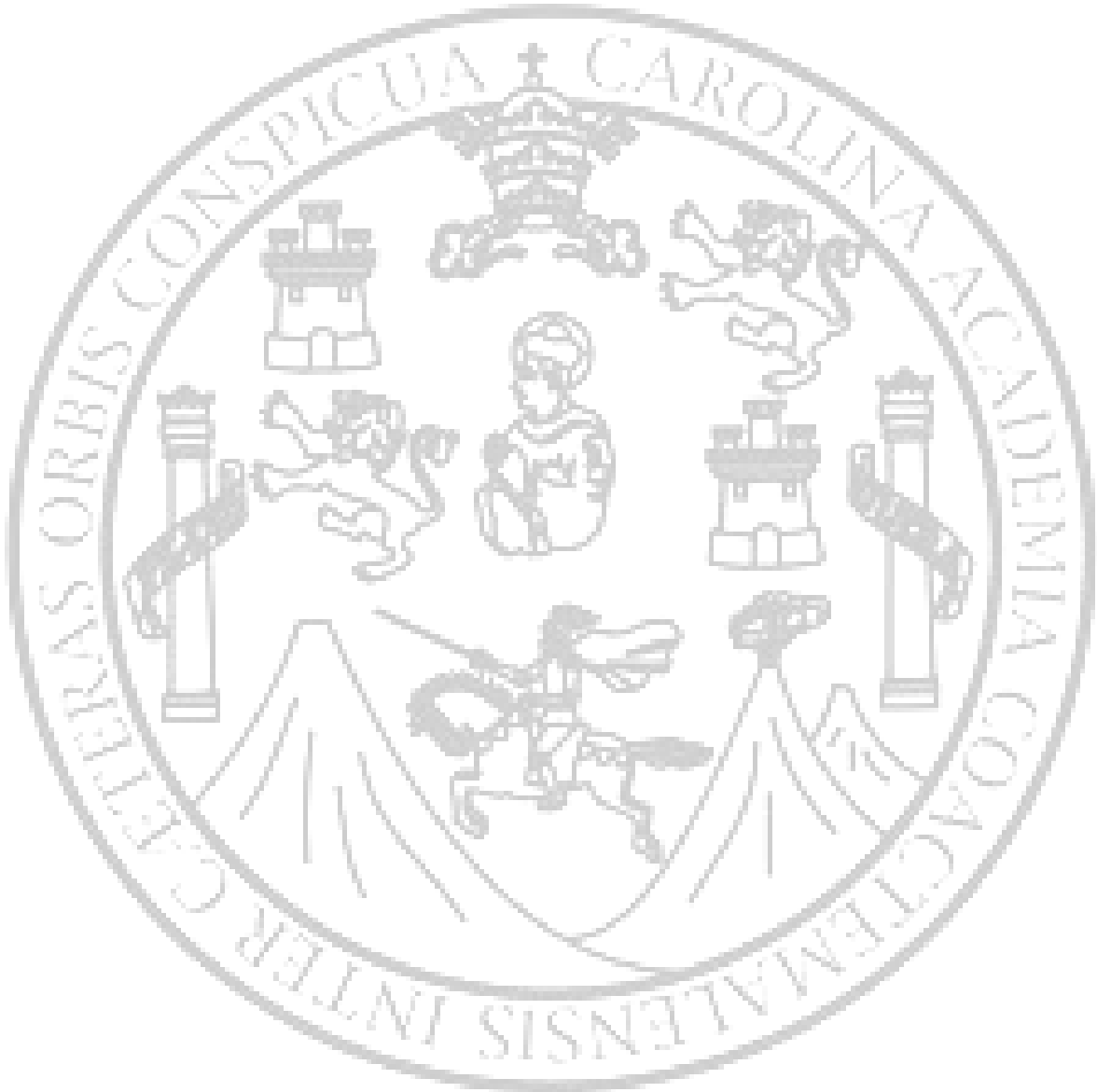
Palabras clave: Trastorno mental por consumo de sustancias, Rasgos antisociales, Test PCL-R Escala HARE

ÍNDICE

CAPÍTULO I	1
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II	2
ANTECEDENTES	2
CAPÍTULO III	8
MARCO TEÓRICO	8
3.1 TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO SECUNDARIO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS (F19)	8
3.1.1 TERMINOLOGÍA.....	9
3.1.2 EPIDEMIOLOGÍA.....	9
3.1.3 ETIOLOGÍA.....	11
3.1.4 COMORBILIDAD.....	14
3.1.5 CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA.....	15
3.1.6 TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN.....	22
3.2 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD (F60)	25
3.2.1 CLASIFICACIÓN.....	26
3.2.2 ETIOLOGIA.....	30
3.3 TRASTORNO ASOCIAL DE LA PERSONALIDAD (F60.2) / TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ANTISOCIAL	31
3.3.1 EPIDEMIOLOGÍA.....	31
3.3.2 DIAGNÓSTICO.....	32
3.3.2.1 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	35
3.3.3 EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO.....	35
3.3.4 TRATAMIENTO.....	36
3.4 ESCALA HARE, PCL-R	36
3.4.1 FACETA I, INTERPERSONAL.....	38
3.4.2 FACETA II, AFECTIVA.....	39
3.4.3 FACETA III, ESTILO DE VIDA.....	40
3.4.4 FACETA IV, ANTISOCIAL.....	41
3.5 CONTEXTO LEGAL DE ENFERMOS MENTALES EN GUATEMALA	42
CAPÍTULO IV	43
OBJETIVOS	43
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	43

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	43
CAPÍTULO V	44
MATERIAL Y MÉTODO	44
5.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.....	44
5.2 POBLACIÓN.....	44
5.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	44
5.4 UNIDAD DE ANÁLISIS.....	44
5.5 HIPOTESIS.....	45
5.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	45
5.7 VARIABLES	45
5.8 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	46
5.9 INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	47
5.10 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	47
5.11 PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	48
5.12 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	48
CAPÍTULO VI	49
RESULTADOS	49
TABLA No.1	49
GRÁFICA No.1	50
GRÁFICA No.2	51
GRÁFICA No.3	52
PANEL No.1.....	53
PANEL No.2.....	54
PANEL No.4	56
GRÁFICA No.4	57
TABLA No.6	58
CAPÍTULO VII	59
DISCUSIÓN Y ANÁLISIS	59
CONCLUSIONES	65
RECOMENDACIONES	66
PLAN DE ACCIÓN Y/O APORTES	67
CAPÍTULO VIII	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68

CAPÍTULO IX72
ANEXOS.....72
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....74
CRONOGRAMA.....75



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El presente informe expone la relación entre rasgos antisociales y consumo de sustancias por medio de la prueba de Escala HARE PCL-R (Psychopathy Checklist-Revised). El interés por evidenciar estos rasgos aparece al identificar que los privados de libertad y enfermos mentales comparten antecedentes como la pobreza, violencia y falta de educación. El vivir en un entorno hostil y agresivo, ser víctima de violencia y abusos, es un alto indicador del desarrollo de un trastorno de la personalidad. Ya se ha evidenciado que el consumo de sustancias está relacionado con el desarrollo de enfermedades de tipo psicótico y a su vez con una personalidad antisocial. A nivel mundial se ha procurado definir la existencia de este trastorno de la personalidad, a manera de identificar a sujetos propensos a cometer delitos y de esa manera evitar infortunios, además de poder darles un abordaje acertivo. En Guatemala tanto a nivel central como en el interior del país, no se había realizado con anterioridad un estudio sobre la existencia de rasgos antisociales en la población penitenciaria con trastorno mental, por lo cual el conocimiento de esta información es de amplio beneficio para mejorar y hacer más objetivos el diagnóstico, pronóstico y tratamiento hacia esta población. En esta investigación se buscó conocer la existencia de rasgos antisociales, determinar su valor, nivel y además concretar la existencia del trastorno de personalidad antisocial en los pacientes que cursan con un diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento secundario al consumo de sustancias. Se destaca que al culminar esta investigación la existencia de rasgos antisociales fueron encontrados en el 91.55% de los participantes. Todo lo anterior fue realizado en la población del pabellón 4 del Hospital Nacional de Salud Mental.

CAPÍTULO II

ANTECEDENTES

Ana Sanz et al. En un estudio titulado “ Prevalencia de la psicopatía en la población adulta general: una revisión sistemática y un metaanálisis” del año 2021, con el objetivo de revisar de forma sistemática y metaanalítica la literatura científica sobre la prevalencia de la psicopatía en la población general adulta. Pudieron estimar que la tasa de prevalencia de la psicopatía en la población general adulta en un 4,5%. Dicho esto, esta tasa varía en función del sexo de los participantes (más alta en varones), el tipo de muestra de la población general (más alta en muestras de organizaciones que en muestras comunitarias o de estudiantes universitarios) y el tipo de instrumento utilizado para definir la psicopatía. De hecho, utilizando el PCL-R, que actualmente se considera el "patrón oro" para la evaluación y definición de la psicopatía, la prevalencia es de tan solo el 1,2%. Estos resultados se discuten en el contexto de las diferentes perspectivas teóricas y los problemas existentes a la hora de definir el constructo de psicopatía. (5)

Muhammed Said et al. En un estudio titulado” Trastorno de personalidad antisocial y factores asociados entre los reclusos en prisión en el centro correccional de la ciudad de Dessie, Etiopía: un estudio transversal” del año 2022, con el objetivo de determinar la prevalencia y los factores asociados de Trastorno de la personalidad antisocial entre los encarcelados en prisión en el centro correccional de la ciudad de Dessie. Evidenciaron que casi un tercio de los encarcelados en prisión tenían un trastorno de personalidad antisocial. La soltería, costo de renta, ser reconvicto y consumir alcohol fueron variables predictoras independientes del Trastorno de Personalidad Antisocial. Por lo cual indican se requiere un programa de detección e intervención para estos casos y se necesita más investigación. (6)

Ji Seun Sohn et al. En el estudio titulado “La utilidad de las puntuaciones de facetas e ítems de la Lista de Verificación de Psicopatía Revisada (PCL-R) en la predicción de la reincidencia violenta”, del año 2020 con el objetivo de evaluar la utilidad del PCL-R en la predicción prospectiva de la reincidencia violenta frente a la no violenta durante un período de seguimiento de 11 años. Se tomó una muestra de alto riesgo de 451 delincuentes coreanos encarcelados, los cuales fueron evaluados con el PCL-R al inicio del estudio. Un total de 445 fueron condenados de nuevo después de su liberación (353 reincidentes violentos y 92 no violentos). Las puntuaciones de las facetas de psicopatía fueron más altas en los reincidentes violentos en comparación con los no violentos. La faceta 2 (afectiva) mostró el tamaño del efecto más fuerte (d de Cohen = 0,53; Cambio porcentual en las probabilidades = 22,6%) en la predicción de la reincidencia violenta. Los análisis de los cuatro ítems que constituyen la faceta afectiva indicaron que la insensibilidad/falta de empatía (cambio porcentual en las probabilidades = 134,4%) y la falta de aceptación de la responsabilidad (cambio porcentual en las probabilidades = 94,5%) fueron los predictores más fuertes de la reincidencia violenta. Los hallazgos son, hasta el momento, los primeros en documentar la utilidad del PCL-R para distinguir la reincidencia violenta de la no violenta y destacan el papel del deterioro afectivo (particularmente la falta de empatía) en la reincidencia violenta.(19)

Bruno Verschuere et al. En un estudio titulado “Análisis de prototipicidad utilizando la lista de verificación de psicopatía revisada PCL-R” del año 2019 cuyo objetivo era hacer uso de la clasificación forzada para comprender qué características del test PCL-R son las más importantes los profesionales de la salud mental clasificaron los 20 elementos de la Lista de Verificación de la Psicopatía Revisada (PCL-R) según su importancia para la psicopatía. Se consideró que las características afectivo-interpersonales eran de mayor importancia que las características conductuales-estilo de vida. Los ítems más importantes fueron insensibilidad/falta de empatía, engaño/manipulador y falta de remordimiento o culpa, que se consideraron más importantes que casi todas las demás características del PCL-R. La clasificación

de prototipicidad de los 20 ítems del PCL-R por parte de los profesionales de la salud mental forense mostró una fuerte superposición ($r = 0,64$ a $0,86$) con los índices psicométricos de importancia de los ítems (centralidad de la red, correlación ítem-total y parámetro de discriminación de la teoría de respuesta al ítem). Tomados en conjunto, estos hallazgos aclararon la importancia relativa de las características del PCL-R para la psicopatía.(20)

Olga Cunha et al. En un estudio titulado “ Psicopatía y violencia de pareja” del año 2021, con el objetivo de encontrar si la psicopatía es un predictor importante del comportamiento criminal en general y de la violencia de pareja en particular. Con una muestra de 152 maltratadores portugueses de entre 22 y 70 años, se examinó si las puntuaciones totales de la Lista de Verificación de Psicopatía Revisada (PCL-R) y las cuatro facetas (puntuadas en base a una entrevista semiestructurada y a la información del archivo) predecían la frecuencia de la violencia de pareja. Se realizaron dos análisis de regresión lineal separados controlando las variables delictivas. Las puntuaciones totales del PCL-R predijeron positivamente la frecuencia de violencia de pareja, más allá de las variables delictivas. En cuanto a las cuatro facetas, solo la faceta afectiva PCL-R tuvo un efecto significativo en la predicción de la frecuencia de violencia de pareja después de controlar las variables delictivas. Estos resultados apoyan la inclusión de la psicopatía en las evaluaciones de riesgo y en el tratamiento de los perpetradores de violencia de pareja, particularmente en lo que se refiere a los déficits afectivos del constructo.(21)

Ji Seun Sohn et al. En un estudio titulado “Facetas y elementos interpersonales y afectivos de la Lista de Verificación de la Psicopatía-Revisada (PCL-R) en la predicción de la delincuencia sexual infantil” del año 2019, el cual tenía como objetivo examinar los rasgos psicopáticos evaluados por la Lista de Verificación de Psicopatía Revisada (PCL-R) en tres grupos de delincuentes masculinos: delincuentes sexuales infantiles, delincuentes sexuales adultos y grupos de delincuentes no sexuales. De los 451

delincuentes incluidos en la muestra, 445 reincidieron después de un seguimiento de 11 años: 27 delincuentes sexuales infantiles, 174 delincuentes sexuales adultos y 244 delincuentes no sexuales. Los delincuentes sexuales adultos obtuvieron puntuaciones más altas en cuatro facetas y puntuaciones totales en comparación con los delincuentes no sexuales. Los delincuentes sexuales infantiles tenían más problemas en los rasgos interpersonales (faceta 1) y afectivos (faceta 2) que los delincuentes no sexuales. Más específicamente, los delincuentes sexuales infantiles obtuvieron puntuaciones más altas en la falta de aceptación de la responsabilidad (ítem 16, d de Cohen = 0,80) y en la insensibilidad/falta de empatía (ítem 8, d de Cohen = 0,59) de la faceta 2 y la mentira patológica (ítem 4, d de Cohen = 0,58) y la ligereza/encanto superficial (ítem 1, d de Cohen = 0,48) de la faceta 1 que los delincuentes no sexuales. Se encontró que tanto los delincuentes sexuales infantiles como los delincuentes sexuales adultos eran más psicópatas que los delincuentes no sexuales. Si bien las facetas 1, 2 y 3 no separaron los delitos sexuales de niños y adultos, los delincuentes sexuales infantiles obtuvieron puntajes significativamente más bajos en problemas antisociales (faceta 4) que los delincuentes sexuales adultos. A pesar de la limitación de utilizar una muestra de delincuentes en su mayoría de alto riesgo, los hallazgos indicaron que las puntuaciones más altas del PCL-R en facetas específicas (1 y 2) e ítems (1, 4, 8 y 16) son más predictivas de la delincuencia sexual infantil y sugieren información para las estrategias de tratamiento de los delincuentes sexuales infantiles.(22)

Matt DeLissi et al. En un estudio titulado "Psicopatía entre los condenados a la pena capital" del año 2022, con el objetivo de determinar la existencia de psicopatía entre los condenados a pena capital, este estudio asevera a la psicopatía como un constructo forense de salud mental y que a pesar de esta importancia, la base de investigación de la psicopatía entre las personas condenadas por asesinato capital es limitada. En este se recopiló datos de archivo de una muestra de 636 personas condenadas por asesinato capital y sentenciadas a muerte en el estado de California. La psicopatía se evaluó mediante el instrumento Psychopathy Checklist - Revised

(PCL-R). También se extrajeron datos sobre carreras delictivas y otros trastornos de conducta. La puntuación media total del PCL-R de la muestra fue de 23,31 (DE = 9,92) y un tercio de los individuos de esta muestra se consideraron clínicamente psicópatas con puntuaciones totales del PCL-R de 30 o más. El examen analítico factorial dio soporte para cuatro facetas: afectiva, interpersonal, estilo de vida y antisocial. Los resultados de validez de criterio revelaron correlaciones positivas de las puntuaciones de psicopatía con el Trastorno Antisocial de la Personalidad ($\rho = 0,72$), el Trastorno de Conducta ($\rho = 0,46$), el sadismo sexual ($\rho = 0,24$), el Trastorno Negativista Desafiante ($\rho = 0,20$), el TDAH ($\rho = 0,15$), los cargos de arresto ($r = 0,56$), las penas de prisión ($r = 0,53$) y la edad de inicio de la detención ($r = -0,57$). Las personas condenadas por homicidio punible con pena capital y condenadas a muerte reflejan la heterogeneidad de la psicopatía, y algunas personas presentan rasgos psicopáticos pronunciados.(23)

Jorge Santos Hermoso et al. En un estudio titulado “Feminicidio psicopático: la influencia de la psicopatía en el homicidio de la pareja” del 2022 cuyo objetivo es identificar si hay o no relación entre el feminicidio y la personalidad psicopata se evidenció que las puntuaciones altas en psicopatía se asociaron con actos de violencia, y la prevalencia de esta condición es mayor entre la población carcelaria que entre la población general. En cuanto a su relación con el feminicidio, dos estudios, uno realizado en Suecia y otro en España con población carcelaria, encontraron que la psicopatía es una condición poco común entre los perpetradores de feminicidio. En este estudio se analizan 97 casos de feminicidio en toda España, en los que se ha podido evaluar el grado de psicopatía de los agresores mediante el Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R). Las puntuaciones se analizan no solo directamente, sino también en términos de Factores y Facetas. Los resultados muestran un promedio en la puntuación total del PCL-R de 14,4, con solo 13 sujetos (13,4%) presentando puntuaciones de 25 o más, y solo 3 (3,1%) de ellos presentando puntuaciones de 30 o más. Se encontró que, en general, los puntajes altos en psicopatía se asocian con relaciones más cortas y menos tiempo entre la primera denuncia, la ruptura y el feminicidio. Además, características de las víctimas, como la adicción a sustancias

tóxicas o la dependencia económica, también demostraron una relación con las puntuaciones de los perpetradores de feminicidios en el PCL-R. Por último, se encontró que las puntuaciones en las diferentes dimensiones de la psicopatía se asocian con diferentes tipos de violencia, por lo que existe una diferencia notable entre la violencia más explícita y el control ejercido sobre la pareja.(24)

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

3.1 TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO SECUNDARIO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS (F19)

Las drogas y sus múltiples usos han sido parte de la existencia humana desde hace miles de años; el opio ha sido usado desde hace aproximadamente 3,500 años, la marihuana fue identificada como tratamiento en antiguos herbolarios de la cultura china, los nativos norteamericanos hacían uso del tabaco quemándolo también mascaban hojas de cocaína y el vino es mencionado innumerables veces en la biblia. Cada vez que han sido descubiertas nuevas drogas, también se descubren nuevas vías para administrarlas y de la mano con esto problemas relacionados con el uso que se les da. (11)

La identificación de la sustancia psicoactiva que causa el trastorno mental debe basarse en la mayor cantidad posible de fuentes de información. Estas incluyen el informe del paciente, análisis de la sangre y otros líquidos corporales, síntomas característicos físicos y psicológicos, signos clínicos y del comportamiento y otra evidencia, tal como la droga que posee el paciente, o declaraciones de terceras personas bien informadas. Hay que aclarar el hecho de que muchas personas que utilizan drogas toman más de una sustancia psicoactiva. El diagnóstico principal debería clasificarse, siempre que sea posible, de acuerdo con la sustancia o grupo de sustancias que ha causado o ha contribuido más al síndrome clínico que se presenta. (16)

En el CIE-10 el trastorno mental y del comportamiento secundario al consumo de sustancias está identificado con la clave alfanumérica F19. Este código se utiliza únicamente con trastornos resultantes del uso de múltiples drogas, en casos en que los patrones de uso de drogas psicoactivas son caóticos e indiscriminados, o en los que las contribuciones de diferentes drogas psicoactivas están mezcladas inseparablemente. (16)

Los trastornos causados por el uso y abuso de sustancias son afecciones psiquiátricas no solo complicadas de tratar sino también de prevenir, y son diversos los factores biológicos y etiológicos relacionados a esto, además de significativos para tomar estrategias en el manejo de estas afecciones. (11)

3.1.1 TERMINOLOGÍA

Se han utilizado diversos términos durante años para referirse al abuso de drogas y sustancias. Por esto mismo el término dependencia se emplea de dos maneras distintas al hablar del trastorno por consumo de sustancias. En la dependencia conductual sobresalen las actividades realizadas para darle búsqueda a la sustancia y la evidencia relacionada con los patrones patológicos de su consumo, la dependencia física se refiere a los efectos físicos (fisiológicos) de múltiples episodios del consumo de la sustancia y la dependencia psicológica, también llamada hábito, se caracteriza por un anhelo o ansia continuada o intermitente de consumir la sustancia para evitar un estado de disforia. La dependencia conductual, física y psicológica son los tres pilares del trastorno por consumo de sustancias. Los términos adicción y adicto se relacionan en cierto modo con la dependencia. (11)

3.1.2 EPIDEMIOLOGÍA

El National Institute of Drug Abuse (NIDA) y otros organismos, como la National Survey of Drug Use and Health (NSDUH), realizan de manera periódica encuestas sobre el consumo de drogas ilegales en Estados Unidos. En 2012 se calculaba que 22 millones de individuos mayores de 12 años (casi el 10% de la población estadounidense) presentaban un trastorno relacionado con sustancias. De este grupo, aproximadamente 15 millones eran dependientes del alcohol o abusaban de él. En 2012, 669 000 individuos eran dependientes o abusaban de la heroína; el 1,7% (4,3 millones) abusaban de la marihuana; el 0,4% (1 millón) abusaban de la cocaína, y 2

millones se clasificaron como dependientes o que abusaban de los analgésicos. En cuanto a la edad del primer consumo, los que lo iniciaban a una edad más temprana (14 años o anterior) presentaban una probabilidad mayor de desarrollar una adicción, a comparación de aquello que empezaban a una edad más tardía. Esta afirmación es aplicable a cualquier sustancia de abuso y, especialmente, al alcohol. De los adultos de 21 años o más que probaron por primera vez el alcohol a los 14 años o antes, el 15% se clasificaron como alcohólicos, en comparación con solo el 3% de los que habían probado el alcohol por primera vez a los 21 años o más. En 2012, la tasa de dependencia o abuso era mayor entre los adultos de 18-25 años (19%) que entre los jóvenes de 12-17 (6%) y entre los adultos de 26 años o más (7%). A partir de esta edad se producía una reducción general. A los 65 años, solo el 1% de los individuos habían consumido una sustancia ilegal durante el año anterior, lo que acredita la observación clínica de que los adictos tienden a “quemarse” al envejecer. (11)

La OMS indica que, por lo menos, 4.4 millones de hombres y 1.2 millones de mujeres de Latinoamérica y el Caribe sufren trastornos causados por el uso de drogas. (11)

El gobierno de Guatemala ofrece atención para problemas de adicciones a través de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas de la Vicepresidencia (SECCATID). Según datos del boletín anual del SECCATID, de las 376 personas que recibieron atención en 2020, el 54.52 % son hombres y el 45.48%, mujeres. Entre las sustancias por las cuales están en tratamiento, prevalece el alcohol, seguido por múltiples sustancias y la marihuana. El 65 % son solteros. De los 376 usuarios, provenientes de varios departamentos, el 88.83 % corresponde a Guatemala. En total, el año pasado se realizaron 6732 consultas y la terapia individual constituyó el 73.74 % del total de asistencias. (15)

En Guatemala, los datos más recientes sobre el consumo de drogas datan de 2014, en la Encuesta Nacional Sobre Uso, Abuso y Prevalencia del Consumo de Drogas en el Nivel Medio de Educación, realizada a 13 762 estudiantes, con edades de entre 11 y 22 años. El estudio reveló que el 39.83 % del total de entrevistados aceptaron que

alguna vez en su vida habían ingerido bebidas alcohólicas. La importancia de esta cifra radica en que el alcohol es una de las drogas más consumidas en el país, conocida por servir de ingreso a otras sustancias. (15)

3.1.3 ETIOLOGÍA

La disponibilidad de la droga, su aceptabilidad social y las presiones de los iguales pueden ser los principales determinantes de la experimentación inicial con una droga, aunque otros factores, como la personalidad y la biología del individuo, sean probablemente más importantes para la forma en que el individuo percibe sus efectos dentro del organismo, sobre todo en el SNC, el cual suele verse afecto cuando el consumo es repetido. Incluso otros factores, como las acciones particulares de la droga, pueden ser los determinantes primarios para que el consumo evolucione hacia la dependencia, mientras que otros pueden influir de manera importante sobre la probabilidad de que el consumo de la droga provoque efectos adversos, o bien una recuperación total de la dependencia. (11)

Se ha afirmado que la adicción es una " enfermedad cerebral", los cambios estructurales y neuro bioquímicos en el cerebro del consumidor, los cuales son consecuencia del consumo de drogas, son los mismos que transforman la conducta voluntaria de consumo de la droga en un acto compulsivo. (11)

Factores psicodinámicos

De acuerdo con las teorías clásicas, el abuso de sustancias es un equivalente a la masturbación, una defensa contra impulsos ansiosos o una manifestación de regresión oral. Las recientes formulaciones psicodinámicas relacionan el consumo de sustancias como un reflejo de un trastorno funcional del yo (incapacidad de enfrentar la realidad). Como una forma de automedicación, el alcohol puede emplearse para el control de la angustia; los opiáceos, para reducir la ira, y las anfetaminas, para el alivio de la depresión. Algunos adictos tienen grandes dificultades para reconocer las emociones

que llevan dentro, un trastorno denominado alexitimia (incapacidad para encontrar palabras que describan los sentimientos). (11)

En algunas situaciones sociales, el consumo de drogas, además de efectos farmacológicos, puede verse también como un medio para obtener status o aprobación por parte de las amistades. Cada vez que se consume una droga se evoca un refuerzo positivo rápido, ya sea como euforia, un alivio a los efectos que causa, un alivio de los síntomas de abstinencia o una combinación de estos. (11)

Los consumidores de drogas responden a los estímulos causados por ella con un aumento de la actividad de las regiones límbicas, incluidas la amígdala y la circunvolución cingulada anterior. Esta activación de las áreas límbicas relacionada con la droga se ha demostrado con una diversidad de sustancias, como la cocaína, los opiáceos y los cigarrillos. Cabe destacar que las mismas regiones activadas por los estímulos relacionados con la cocaína en consumidores de esta droga se activan por los estímulos sexuales tanto en los individuos normales como en los consumidores de cocaína. (11)

Factores genéticos

Se dispone de sólidas evidencias a partir de estudios sobre gemelos, adoptados y hermanos criados por separado que indican que la causa del abuso del alcohol tiene un componente genético. Recientemente, los investigadores han utilizado el polimorfismo de longitud de fragmentos de restricción (restriction fragment length polymorphism, RFLP) en el estudio del abuso y la dependencia de sustancias, y se han propuesto asociaciones con genes que actúan sobre la producción de dopamina. (11)

Factores neuroquímicos

Receptores y sistemas de receptores.

A excepción del alcohol, los investigadores han identificado neurotransmisores o receptores de neurotransmisores concretos implicados con la mayoría de las sustancias de abuso. Algunos basan sus estudios en dichas hipótesis. Por ejemplo, los opiáceos actúan sobre receptores con el mismo nombre. Así pues, un individuo con una actividad demasiado pequeña de opiáceos endógenos o con demasiada actividad de un antagonista de los opiáceos endógenos puede estar en riesgo de desarrollar dependencia a estos. Incluso en un individuo con un funcionamiento completamente normal, el consumo a largo plazo de una sustancia de abuso particular puede modular finalmente los sistemas de receptores cerebrales, de manera que se requiera la presencia de la sustancia exógena para mantener la homeostasis, este proceso puede ser el mecanismo por el que se desarrolla tolerancia en el SNC. (11)

Vías y neurotransmisores

Los principales neurotransmisores posiblemente implicados en el desarrollo del abuso y la dependencia de sustancias son los sistemas opiáceos, de las catecolaminas (en particular, la dopamina) y del ácido γ -aminobutírico (GABA). Las neuronas dopaminérgicas del área tegmentaria ventral son particularmente importantes. Estas neuronas se proyectan a las regiones cortical y límbica, en especial, el núcleo accumbens. Esta vía tiene una relación estrecha con la sensación de recompensa y puede ser el principal mediador de los efectos de sustancias como la amfetamina y la cocaína. El locus cerúleo, el mayor grupo de neuronas adrenérgicas, seguramente medie los efectos de los opiáceos endógenos y exógenos. Estas vías se han denominado en su conjunto circuitos cerebrales de recompensa. (11)

3.1.4 COMORBILIDAD

La comorbilidad es la aparición de dos o más trastornos psiquiátricos en un mismo paciente de manera simultánea. Se observa una elevada prevalencia de trastornos psiquiátricos adicionales en individuos que consultan para el tratamiento de dependencia del alcohol, cocaína u opiáceos; algunos estudios han demostrado que hasta el 50% de los adictos presenta un trastorno psiquiátrico concomitante. Dos extensos estudios epidemiológicos han demostrado que, incluso en muestras poblacionales representativas, es mucho más probable que los que cumplen los criterios de abuso y dependencia de alcohol o drogas (excluida la dependencia del tabaco) cumplan también criterios de otros trastornos psiquiátricos. En diversos estudios, entre el 35% y el 60% de los pacientes con abuso o dependencia de sustancias cumplen los criterios diagnósticos de trastorno de la personalidad antisocial. Este porcentaje es incluso superior cuando los investigadores incluyen a los que cumplen todos los criterios diagnósticos del trastorno, excepto el requisito del inicio de los síntomas a una edad temprana. Así pues, un alto porcentaje de pacientes con diagnósticos de abuso o dependencia de sustancias muestra un patrón conductual antisocial que puede estar presente antes del inicio del consumo o haberse desarrollado durante la evolución de este. Los pacientes con diagnósticos de abuso o dependencia de sustancias y trastorno de la personalidad antisocial probablemente consuman un mayor número de sustancias ilegales, presenten una psicopatología mayor, estén menos satisfechos con sus vidas, sean más impulsivos y estén más aislados y deprimidos que los que solo presentan un trastorno de la personalidad antisocial. (11)

Los síntomas depresivos son frecuentes en los individuos a los que se ha diagnosticado abuso o dependencia de sustancias. Aproximadamente entre un tercio y la mitad de los pacientes con abuso o dependencia de opiáceos y casi un 40% de los pacientes con abuso o dependencia de alcohol cumplen los criterios de un trastorno de depresión mayor en algún momento de sus vidas. El consumo de sustancias es también uno de los principales factores precipitantes de suicidio: los individuos que

abusan de sustancias tienen una probabilidad 20 veces mayor de suicidarse que la población general. Se ha descrito que se suicidan aproximadamente el 15% de los individuos con abuso o dependencia del alcohol; la frecuencia de suicidio solo es superior en los pacientes con un trastorno de depresión mayor. (11)

3.1.5 CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

Según el CIE-10 los criterios diagnósticos para el Trastorno Mental y del Comportamiento secundario al consumo de sustancias es el siguiente:

Como primer punto se debe de aclarar que existen subdivisiones de cuarto carácter, las cuales fueron creadas para ser usadas con las categorías F10–F19, y así hacer más específica la clasificación de este trastorno. (16)

Intoxicación aguda (.0)

Estado posterior a la administración de una sustancia psicoactiva, que da lugar a perturbaciones en el nivel de conciencia, en lo cognitivo, en la percepción, en la afectividad o en el comportamiento, o en otras funciones y respuestas psicofisiológicas. Las perturbaciones se relacionan directamente con los efectos farmacológicos agudos de la sustancia, y se resuelven con el tiempo, con recuperación completa, excepto en los casos en los que hayan surgido daños tisulares u otras complicaciones. Entre las complicaciones pueden contarse los traumatismos, la aspiración del vómito, el delirio, el coma, las convulsiones y otras complicaciones médicas. La naturaleza de estas complicaciones depende del tipo farmacológico de la sustancia utilizada y de la forma de administración. (16)

Uso nocivo Patrón de consumo de una sustancia psicoactiva que causa daño a la salud(.1)

El daño puede ser físico (como en los casos de hepatitis por la autoadministración de sustancias psicoactivas inyectables), o mental (por ejemplo, en los episodios de trastorno depresivo secundario a una ingestión masiva de alcohol). (16)

Síndrome de dependencia (.2)

Conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de la sustancia en cuestión, entre los cuales se cuentan característicamente los siguientes: un poderoso deseo de tomar la droga, un deterioro de la capacidad para autocontrolar el consumo de la misma, la persistencia del uso a pesar de consecuencias dañinas, una asignación de mayor prioridad a la utilización de la droga que a otras actividades y obligaciones, un aumento de la tolerancia a la droga y, a veces, un estado de abstinencia por dependencia física. Puede haber síndromes de dependencia de una sustancia específica psicoactiva (por ejemplo tabaco, alcohol o diazepam), de una clase de sustancia (por ejemplo drogas opioides), o de una variedad más amplia de sustancias psicoactivas farmacológicamente diferentes. (16)

Estado de abstinencia (.3)

Grupo de síntomas de gravedad y grado de integración variables, que aparecen durante la abstinencia absoluta o relativa de una sustancia psicoactiva, luego de una fase de utilización permanente de la misma. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia son de duración limitada y se relacionan con el tipo y con la dosis de la sustancia psicoactiva utilizada inmediatamente antes de la suspensión o de la disminución de su consumo. El estado de abstinencia puede complicarse con convulsiones. (16)

Estado de abstinencia con delirio (.4)

Afección en la que el estado de abstinencia se complica con delirio. También se pueden presentar convulsiones. Cuando se considera que los factores orgánicos desempeñan también un papel en la etiología. (16)

Trastorno psicótico (.5)

Conglomerado de fenómenos psicóticos que ocurren durante o después del consumo de la sustancia psicoactiva, pero que no se explican en función de una intoxicación aguda pura y que no forman parte de un estado de abstinencia. El trastorno se caracteriza por alucinaciones (auditivas, en forma característica, pero a menudo con más de una modalidad sensorial), por distorsiones perceptivas, por delirios (a menudo de naturaleza paranoide o persecutoria), por perturbaciones psicomotrices (excitación o estupor) y por una afectividad anormal, que puede variar desde el temor intenso hasta el éxtasis. Habitualmente el sensorio se mantiene lúcido, pero puede haber cierto grado de obnubilación de la conciencia que no llega a la confusión grave. (16)

Síndrome amnésico (.6)

Síndrome asociado con un deterioro crónico relevante de la memoria reciente y de la memoria remota. Habitualmente se conserva el recuerdo inmediato y la memoria reciente está característicamente más perturbada que la memoria remota. Por lo común son evidentes las perturbaciones del sentido del tiempo y de ordenamiento de los sucesos, como lo es también el deterioro de la capacidad de aprendizaje de nuevos materiales. La confabulación puede ser notoria, aunque no siempre aparece. Habitualmente, las demás funciones cognitivas se encuentran relativamente bien conservadas, en tanto que los defectos amnésicos son desproporcionados en relación con las demás perturbaciones. (16)

Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío (.7)

Trastorno en el cual los cambios cognitivos, de la afectividad, de la personalidad o del comportamiento inducidos por el alcohol o por sustancias psicoactivas, se prolongan más allá del período durante el cual podría asumirse razonablemente que está operando un efecto directamente relacionado con las mismas. El comienzo del

trastorno debe estar directamente relacionado con el consumo de la sustancia psicoactiva. En los casos en que el comienzo del estado ocurra más tarde que el o los episodios del uso de dicha sustancia, será codificado aquí sólo cuando se disponga de evidencias claras y firmes para atribuir ese estado a los efectos residuales de la sustancia psicoactiva. Las retrospectivas (flashbacks) deben ser diferenciadas del estado psicótico en parte por su naturaleza episódica, por ser frecuentemente de muy corta duración, y porque reproducen experiencias previas relacionadas con el alcohol u otras sustancias psicoactivas. (16)

.8 Otros trastornos mentales y del comportamiento

.9 Trastorno mental y del comportamiento, no especificado

- **Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol (F10)**
- **Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos (F11)**
- **Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides(F12)**
- **Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos (F13)**
- **Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína (F14)**
- **Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína(F15)**
- **Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos (F16)**
- **Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco (F17)**
- **Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles (F18)**

Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas (F19)

Se debe usar esta categoría cuando se sabe que hay en cuestión dos o más sustancias psicoactivas, pero es imposible determinar cuál contribuye más al trastorno. Esta categoría debe emplearse también cuando es incierta o desconocida la identidad de alguna o incluso de todas las sustancias psicoactivas que han sido usadas, ya que muchas personas que consumen múltiples drogas a menudo no conocen en detalle cuáles están tomando. (16)

En la 5.ª edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) se presentan cuatro categorías diagnósticas importantes: 1) trastorno por consumo de sustancias; 2) intoxicación por una sustancia; 3) abstinencia de una sustancia, y 4) trastorno mental inducido por sustancias/medicamentos. (11)

Trastorno por consumo de sustancias

El trastorno por consumo de sustancias es el término diagnóstico que se aplica a la sustancia específica de la que se abusa (trastorno por consumo de alcohol, trastorno por consumo de opiáceos, etc.) y que ocurre como resultado del consumo prolongado. Al momento de hacer el diagnóstico se debe tener en cuenta lo siguiente, estos criterios se extienden a todas las sustancias de las que se abuse. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que provoca alteraciones y sensación de angustia significativas y se desarrolle durante un período de 12 meses:

1. Consumo recurrente de sustancias que resulte en la incapacidad de realizar las obligaciones y las labores más importantes en el trabajo, en el centro escolar o en el hogar.
2. Consumo recurrente de sustancias en situaciones en las que resulta físicamente peligroso
3. Consumo continuado de sustancias a pesar de problemas interpersonales o sociales reiterados o recurrentes provocados o agravados por los efectos de la sustancia.
4. Tolerancia, de acuerdo con alguna de las siguientes definiciones:

a. Necesidad de cantidades cada vez mayores de la sustancia para lograr la intoxicación o el efecto deseado.

b. Disminución notable del efecto tras el consumo continuado de la misma cantidad de sustancia.

5. Abstinencia, de acuerdo con alguna de las siguientes manifestaciones:

a. Síndrome de abstinencia característico de la sustancia.

b. Consumo de la misma sustancia (o de otra similar) con el fin de aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.

6. Consumo frecuente de la sustancia en cantidades mayores o durante períodos más largos de los que se pretendía.

7. Deseo constante y esfuerzos infructuosos de reducir o controlar el consumo de la sustancia.

8. Dedicación de mucho tiempo a actividades necesarias para la obtención de la sustancia, su consumo o la recuperación de sus efectos.

9. Abandono o reducción de actividades sociales, ocupacionales o recreativas importantes debido al consumo de la sustancia.

10. Continuación del consumo de la sustancia aun siendo consciente del padecimiento de un problema físico o psicológico reiterado o recurrente que probablemente ha sido causado o agravado por la sustancia.

11. Anhelo, fuerte deseo o necesidad imperiosa de consumo de una sustancia específica. (11)

Intoxicación por una sustancia

La intoxicación por una sustancia es el diagnóstico utilizado para describir un síndrome caracterizado por signos y síntomas específicos como resultado de la ingestión o exposición reciente a la sustancia. Una descripción general de la intoxicación incluye los siguientes puntos:

El desarrollo de un síndrome reversible y específico de una sustancia debido a la ingestión reciente de una sustancia. Aunque estas sustancias sean diferentes pueden presentar síntomas idénticos.

Cambios conductuales o psicológicos desadaptativos clínicamente significativos que son debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central y aparecen durante o poco después del consumo de la sustancia.

Los síntomas no se deben a una afección general y no son consecuencia de otro trastorno mental. (11)

Abstinencia de una sustancia

La abstinencia de una sustancia es el diagnóstico que describe un síndrome específico debido a la interrupción repentina del consumo intensivo y prolongado de una sustancia. Una descripción general de la abstinencia de una sustancia requiere el cumplimiento de los siguientes criterios:

El desarrollo de un síndrome específico de la sustancia debido a la interrupción o la disminución del consumo, que ha sido intensivo y prolongado.

El síndrome específico de la sustancia provoca sensación de angustia y alteraciones clínicamente significativas en el funcionamiento social, ocupacional o de otras áreas importantes.

Los síntomas no se deben a una enfermedad general y no son consecuencia de otro trastorno mental. (11)

Trastornos mentales inducidos por sustancias

Los trastornos que son inducidos por sustancias provocan múltiples síntomas, los cuales pueden ser característicos de otros trastornos mentales, por lo cual debido a su practicidad el DSM-V los incluye en la sección del manual que se refieren a los trastornos con los que comparten fenomenología:

Delirium inducido por sustancias.

Demencia persistente inducida por sustancias.

Trastorno psicótico inducido por sustancias.

Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.

Trastorno sexual inducido por sustancias.

Trastorno del sueño inducido por sustancias.

Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos.

3.1.6 TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN

Algunos individuos que desarrollan problemas relacionados con sustancias se recuperan sin ningún tratamiento formal, en especial a medida que envejecen. Para los pacientes con trastornos menos graves, como la adicción a la nicotina, las intervenciones relativamente breves suelen ser tan efectivas como las más intensivas. Puesto que estas intervenciones breves no modifican el entorno, no alteran las modificaciones cerebrales inducidas por la droga ni facilitan nuevas habilidades,

probablemente el cambio cognitivo al paciente tenga la mayor repercusión sobre la conducta de consumo de la droga. (11)

Es útil distinguir entre procedimientos, técnicas específicas y programas terapéuticos. La mayoría de los programas emplean varios procedimientos específicos e implican varias disciplinas profesionales, así como a personal no profesional con habilidades especiales o experiencia individual con el problema de la sustancia de que se trate. Un programa terapéutico integral combina procedimientos y disciplinas para cubrir las necesidades de cada paciente, posterior a ser evaluados de la manera adecuada. Los programas, aunque no están estandarizados y eso afecta en su uso por profesionales, se agrupan sobre las bases de una o varias de sus características más sobresalientes: si el objetivo del programa es meramente el control de la abstinencia aguda y las consecuencias del consumo reciente de la droga (desintoxicación) o se centra en cambios conductuales a largo plazo; si aplica intervenciones farmacológicas intensas, y el grado en que se basa en la psicoterapia individual, en el principio de los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos (AA) u otro sistema de 12 pasos, o los principios de las comunidades terapéuticas. (11)

Selección del tratamiento

Las intervenciones no son aplicables para toda la clase de consumo y dependencia a drogas, ya que las empleadas para drogas ilegales tienen una acción coercitiva mientras que con las legales no se enfatiza en este aspecto. Las conductas adictivas no varían bruscamente, sino a través de una serie de etapas. (11)

Se han propuesto cinco estadios de este proceso gradual: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Para algunos tipos de adicciones, la alianza terapéutica se potencia cuando el enfoque terapéutico se ajusta al estadio de preparación del paciente para el cambio. Las intervenciones para algunos trastornos por consumo de drogas pueden tener un agente farmacológico específico como componente importante, como el disulfiram, la naltrexona o el acamprosato para el alcoholismo; la metadona, el levometadil acetato o la buprenorfina para la adicción

a la heroína, y los dispositivos de liberación de nicotina o el bupropión para la dependencia del tabaco. En general, las intervenciones breves (p. ej., algunas semanas de desintoxicación, intrahospitalaria o ambulatoria) en individuos gravemente dependientes de opiáceos ilegales tienen un efecto limitado sobre los resultados medidos unos meses después. Son mucho más probables las reducciones sustanciales del consumo de drogas ilegales, de las conductas antisociales y del estrés psiquiátrico en pacientes dependientes de la cocaína o la heroína después de un tratamiento con una duración mínima de 3 meses. Aunque algunos pacientes parecen beneficiarse de unos días o semanas de tratamiento, un porcentaje sustancial de consumidores de drogas ilegales abandonan el tratamiento (o son expulsados) antes de alcanzar beneficios significativos. Parte de la variación de los resultados terapéuticos puede atribuirse a diferencias de las características de los pacientes que entran en tratamiento y a los acontecimientos y condiciones que le siguen. Los programas con profesionales formados que prestan servicios más completos a los pacientes con dificultades psiquiátricas más graves tienen una mayor probabilidad de retenerlos en tratamiento y contribuir a cambios positivos. Las diferencias entre las habilidades individuales de los asesores y profesionales pueden influir profundamente sobre los resultados. Estas generalizaciones sobre los programas para los consumidores de drogas ilegales posiblemente no se cumplan en los programas terapéuticos de los que buscan tratamiento por problemas con el alcohol, el tabaco o incluso el cannabis, no complicados por el consumo de dosis altas de drogas ilegales. En estos casos, unos períodos relativamente breves de asesoramiento individual o grupal pueden obtener reducciones duraderas del consumo de drogas. Los resultados que suelen considerarse en los programas terapéuticos de drogas ilegales incluyen medidas sobre la función social, el empleo y la actividad delictiva, así como la reducción de la conducta de consumo. (11)

Tratamiento de la comorbilidad

El tratamiento de los pacientes mentales graves (principalmente aquellos con esquizofrenia y trastornos esquizoafectivos) que también son drogodependientes sigue siendo problemático para los clínicos. Aunque se han desarrollado algunas instituciones especiales que aplican tanto los antipsicóticos como los principios de comunidad terapéutica, la mayor parte de los organismos especializados en adicción tienen dificultades con el tratamiento de estos pacientes. Generalmente, el tratamiento integrado, en el que un mismo equipo puede tratar tanto el trastorno psiquiátrico como la adicción, es más efectivo que el paralelo (un programa de salud mental y uno especializado en adicciones que prestan atención de manera concurrente) o el secuencial (tratamiento inicial de la adicción o el trastorno psiquiátrico y, posteriormente, de la enfermedad concurrente). (11)

3.2 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD (F60)

La personalidad se refiere a todas las características que se adaptan de forma única a los entornos interno y externo en constante cambio. El trastorno de la personalidad es crónico y frecuente, aparece entre un 10-20% de la población general y se suele prolongar durante décadas. Aproximadamente la mitad de los pacientes psiquiátricos tienen un trastorno de la personalidad, el cual está asociado a otros síndromes clínicos. Convivir con un trastorno de personalidad es también un factor que predispone el desarrollo de otros trastornos psiquiátricos (consumo de sustancias, intentos de suicidio, trastornos afectivos, trastornos del control de impulsos, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de ansiedad) los cuales interfieren con una respuesta adecuada al tratamiento de otros síndromes e incrementa la incapacidad personal, morbilidad y mortalidad de estos pacientes. La probabilidad de que los individuos con trastornos de la personalidad rechacen la ayuda psiquiátrica y nieguen sus problemas es mucho mayor que en los que presentan trastornos de ansiedad, depresivos u obsesivo-compulsivos. (11)

En general, los síntomas de un trastorno de la personalidad son egosintónicos (aceptables para el yo) y aplásicos (capaces de intentar modificar el ambiente externo más que a sí mismos). Hay que decir que las personas con trastornos de la personalidad en realidad no experimentan ansiedad por su conducta inadaptada, por esta razón no sufren por los síntomas que los demás perciben, están poco motivadas para el tratamiento y no muestran interés por mejorar su situación. (11)

3.2.1 CLASIFICACIÓN

En el CIE-10 los trastornos personalidad están identificados con la clave alfanumérica F60, posteriormente estos están clasificados en 10 diferentes categorías: Trastorno paranoide de la personalidad(F60.0), Trastorno esquizoide de la personalidad (F60.1), Trastorno asocial de la personalidad (F60.2), Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable (F60.3),Trastorno histriónico de la personalidad (F60.4), Trastorno anancastico de la personalidad (F60.5), Trastorno de la personalidad ansiosa (F60.6), Trastorno de la personalidad dependiente (F60.7), Otros trastornos específicos de la personalidad (F60.8) y Trastorno de la personalidad no especificado (F60.9). (16)

Trastorno paranoide de la personalidad (F60.0)

Trastorno de la personalidad caracterizado por sensibilidad excesiva a los reveses, incapacidad para olvidar ofensas, suspicacia y tendencia a distorsionar experiencias, malinterpretando las acciones neutras o amistosas de los demás, como si fueran hostiles o despreciativas. A esto se le agrega un sentido agresivo y tenaz sobre los derechos personales. Hay sospechas recurrentes, las cuales carecen de justificación acerca de la fidelidad del esposo o del compañero sexual. Puede haber autovaloración excesiva, y a menudo hay excesiva autorreferencia. (16)

Personalidad: expansivo-paranoide, fanática, paranoide, querellante, sensitivo-paranoide. (16)

Trastorno esquizoide de la personalidad (F60.1)

Trastorno de la personalidad que se caracteriza por apartarse de los contactos afectivos, sociales y demás, con preferencia por situaciones fantásticas, actividades en solitario y la introspección. Hay incapacidad para expresar sentimientos y para experimentar placer. (16)

Trastorno asocial de la personalidad (F60.2)

Trastorno de la personalidad caracterizado por descuido de las obligaciones sociales y endurecimiento de los sentimientos hacia los demás. Existe desconexión entre el comportamiento de la persona y las normas sociales prevalecientes. La conducta no se modifica ni ante una experiencia adversa ni por medio de un castigo. La tolerancia a la frustración es baja, lo mismo que el umbral tras el cual se descarga la agresión, e incluso la violencia. Hay tendencia a culpar a otros, o a ofrecer racionalizaciones verosímiles acerca del comportamiento que lleva a la persona a entrar en conflicto con la sociedad. (16)

Personalidad: amoral, antisocial, asocial, psicopática, sociopática. (16)

Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable (F60.3)

Trastorno de la personalidad caracterizado por una tendencia dirigida a actuar impulsivamente y sin considerar las consecuencias. El humor es impredecible y caprichoso. Son comunes los arrebatos emocionales, en los cuales se evidencia una incapacidad para controlar las explosiones conductuales. Hay tendencia a un comportamiento problemático y a generar conflictos con los demás, especialmente cuando las acciones impulsivas son frustradas. Se pueden distinguir dos tipos: el impulsivo, caracterizado preponderantemente por inestabilidad emocional y por falta de control de los impulsos, y el límite, que se caracteriza además por perturbaciones de la autoimagen, de las aspiraciones y de las preferencias íntimas, por sentimientos crónicos de vacío, por relaciones interpersonales intensas e inestables y por una

tendencia al comportamiento autodestructivo, que incluye acciones suicidas e intentos de suicidio. (16)

Personalidad: agresiva, explosiva, limítrofe. (16)

Trastorno histriónico de la personalidad (F60.4)

Trastorno de la personalidad que se caracteriza por una afectividad superficial y lábil, dramatización de sí mismo, teatralidad, expresión exagerada de las emociones, sugestionabilidad, egocentrismo, autoindulgencia, falta de consideración por los demás, demanda continua de aprecio, estímulo y atención, y facilidad para sentirse herido. (16)

Personalidad: histérica, psico infantil. (16)

Trastorno anancástico de la personalidad (F60.5)

Trastorno de la personalidad que se caracteriza por sentimientos de duda, meticulosidad, verificación y preocupación por los detalles, terquedad, precaución y rigidez excesivas. Puede haber pensamientos o impulsos insistentes y rechazados, que no alcanzan la gravedad de un trastorno obsesivo compulsivo. (16)

Personalidad: compulsiva, obsesiva, obsesivo-compulsiva. (16)

Trastorno de la personalidad ansiosa (evasiva, elusiva) (F60.6)

Trastorno de la personalidad caracterizado por sentimientos de tensión y aprehensión, inseguridad e inferioridad. Hay un anhelo permanente por agradar y ser aceptado, hipersensibilidad al rechazo y a la crítica, conjuntamente con una restricción de los afectos personales y una tendencia a evitar ciertas actividades, por exageración habitual de los peligros y de los riesgos potenciales de las situaciones cotidianas. (16)

Trastorno de la personalidad dependiente (F60.7)

Trastorno de la personalidad que se caracteriza por una dependencia pasiva la cual es prevalente durante la toma de decisiones vitales, tanto las mas importantes como las de menor importancia. Hay gran temor al abandono, sentimientos de desamparo y de incompetencia, complacencia pasiva con los deseos de los mayores y de los demás, y una débil respuesta a las demandas de la vida cotidiana. La falta de vitalidad puede hacerse evidente en las esferas intelectual o emocional. A menudo hay tendencia a transferir la responsabilidad a los demás.(16)

Personalidad: asténica, inadecuada, pasiva, derrotista.(16)

Otros trastornos específicos de la personalidad (F60.8)

Personalidad:excéntrica, inmadura, narcisista, pasivo-agresiva, psiconeurótica tipo “inestable” .(16)

Trastorno de la personalidad, no especificado (F60.9)

Neurosis del carácter SAI. (16)

Personalidad patológica SAI. (16)

La 5. a edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) define los trastornos de la personalidad como un patrón permanente de comportamiento y de experiencias internas que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del individuo; se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana, es estable a lo largo del tiempo, comporta malestar o deterioro, y se manifiesta al menos en dos de las cuatro áreas siguientes: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de los impulsos. Pueden diagnosticarse cuando los rasgos de la personalidad son rígidos y desadaptativos, y producen deterioro funcional o sufrimiento subjetivo.

Los diferentes subtipos de trastornos de la personalidad que contempla el DSM-5 son: Grupo A (esquizotípica, esquizoide y paranoide), Grupo B (narcisista, límite, antisocial e histriónica) y Grupo C (obsesivo-compulsiva, dependiente y evitativas). Las personas con alguno de los trastornos del grupo A se suelen considerar raras y excéntricas; las que presentan un trastorno del grupo B suelen mostrar inclinación por el dramatismo, son muy emotivas y su conducta errática, y el grupo C incluye tres trastornos que comparten rasgos de ansiedad y de temor. Las personas a menudo muestran rasgos que no se limitan a un único trastorno de la personalidad. Cuando un paciente cumple los criterios para más de uno, los médicos deberían diagnosticar cada uno por separado. (11)

3.2.2 ETIOLOGIA

La prueba más evidente de que los factores genéticos intervienen en los trastornos de la personalidad procede de las investigaciones realizadas con 15 000 parejas de gemelos en Estados Unidos. Entre los gemelos monocigóticos, la concordancia para estos trastornos fue varias veces más elevada que entre los dicigóticos. Además, según uno de los estudios, los gemelos monocigóticos criados por separado eran muy similares a los criados juntos. Las similitudes se encontraban en múltiples medidas de personalidad y de temperamento, en sus intereses profesionales y recreativos, así como en las actitudes sociales. Los trastornos de la personalidad del Grupo A son más frecuentes entre los familiares biológicos de las personas esquizofrénicas que entre los grupos de control. La historia familiar de las personas esquizofrénicas incluye un mayor número de parientes con trastornos de la personalidad esquizotípica que los grupos de control. La correlación entre los trastornos de la personalidad paranoide o esquizoide y la esquizofrenia es menor. (11)

Los trastornos de la personalidad del grupo B parecen tener una base genética. El trastorno de la personalidad antisocial se asocia con los trastornos por consumo de alcohol. La depresión es frecuente en los antecedentes familiares de los pacientes con trastorno de la personalidad límite, que tienen más familiares con trastornos del estado

de ánimo que los grupos de control, y el trastorno de la personalidad límite y los afectivos suelen coexistir con frecuencia. Se ha observado una relación sólida entre el trastorno de la personalidad histriónica y el trastorno por somatización (síndrome de Briquet), con solapamiento de síntomas. (11)

Los trastornos de personalidad del grupo C también pueden tener una base genética. Los pacientes con trastorno de la personalidad evitativa suelen experimentar un elevado grado de ansiedad. Los rasgos obsesivo-compulsivos son más habituales entre los gemelos monocigóticos que entre los dicigóticos, y los pacientes con un trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva muestran algunos signos asociados a la depresión, como acortamiento del período de latencia REM (movimientos oculares rápidos durante el sueño). (11)

3.3 TRASTORNO ASOCIAL DE LA PERSONALIDAD (F60.2) / TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ANTISOCIAL

El trastorno de la personalidad antisocial consiste en la incapacidad para adaptarse a las normas sociales que rigen numerosos aspectos de la conducta de las personas en la adolescencia y la edad adulta. Este trastorno no es sinónimo de criminalidad, aunque se caracterice por continuos actos antisociales o delictivos. (11)

3.3.1 EPIDEMIOLOGÍA

Según el DSM-5, la prevalencia a 12 meses del trastorno de la personalidad antisocial se sitúa entre el 0,2% y el 3%. Es más frecuente en las áreas urbanas deprimidas económicamente y entre la población flotante de estas zonas. La prevalencia más alta se encuentra en las muestras de hombres con trastorno por consumo de alcohol más grave (más del 70%), y dentro de la población penitenciaria esta puede llegar a un 75%. (12) En el año 2022 en la ciudad de Dessie, Etiopía, fue realizado un estudio que tenía como objetivo determinar la prevalencia y los factores asociados de Trastorno de

la personalidad antisocial entre los encarcelados en prisión en el centro correccional de esta ciudad, se evidencio que casi un tercio de los encarcelados en prisión tenían un trastorno de personalidad antisocial. El consumo de alcohol fue una variable predictora importante para hacer el diagnostico de este trastorno. (7)

Es mucho más común en los varones que en las mujeres. Los adolescentes varones con este trastorno proceden de familias más numerosas que las adolescentes con el mismo problema. El inicio del trastorno se observa antes de los 15 años. Las mujeres acostumbran a mostrar los primeros síntomas antes de la pubertad, y los varones, incluso antes. (11)

Existe un patrón familiar el cual expresa que su frecuencia es cinco veces mayor entre los familiares de primer grado de los varones afectados que entre los familiares de los individuos de control. (11)

3.3.2 DIAGNÓSTICO

Los pacientes con trastorno de la personalidad antisocial pueden confundir incluso a los terapeutas más experimentados. Durante la entrevista, los pacientes pueden mostrarse creíbles y tranquilos, pero detrás de esta apariencia se esconde tensión, hostilidad, irritabilidad y cólera. Para que el trastorno se manifieste, puede ser necesaria una entrevista no exenta de tensión, en la cual se confronte a los pacientes con la incongruencia de sus historias. Para establecer el diagnóstico es necesario llevar a cabo una exploración neurológica. Con frecuencia se observan alteraciones en el EEG y signos neurológicos leves que sugieren una lesión cerebral mínima, y estos datos pueden utilizarse para confirmar la impresión clínica. (11)

Los criterios diagnósticos utilizados por el CIE-10 son:

Trastorno de la personalidad caracterizado por descuido de las obligaciones sociales y endurecimiento de los sentimientos hacia los demás. Existe disparidad entre el comportamiento de la persona y las normas sociales prevalecientes. La conducta no se modifica fácilmente a través de la experiencia adversa ni aun por medio del castigo.

La tolerancia a la frustración es baja, lo mismo que el umbral tras el cual se descarga la agresión, e incluso la violencia. Hay tendencia a culpar a otros, o a ofrecer racionalizaciones verosímiles acerca del comportamiento que lleva a la persona a entrar en conflicto con la sociedad. (16)

Los criterios diagnósticos del DSM-5 son:

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

1. Incumplimiento de las normas sociales respecto a los comportamientos legales, que se manifiesta por actuaciones repetidas que son motivo de detención.
2. Engaño, que se manifiesta por mentiras repetidas, utilización de alias o estafa para provecho o placer personal.
3. Impulsividad o fracaso para planear con antelación.
4. Irritabilidad y agresividad, que se manifiesta por peleas o agresiones físicas repetidas.
5. Desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás.
6. Irresponsabilidad constante, que se manifiesta por la incapacidad repetida de mantener un comportamiento laboral coherente o cumplir con las obligaciones económicas.
7. Ausencia de remordimiento, que se manifiesta con indiferencia o racionalización del hecho de haber herido, maltratado o robado a alguien.

B. El individuo tiene como mínimo 18 años.

C. Existen evidencias de la presencia de un trastorno de la conducta con inicio antes de los 15 años. D. El comportamiento antisocial no se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia o de un trastorno bipolar. (14)

Cuadro clínico

Los pacientes con trastorno de la personalidad antisocial a menudo parecen personas normales, incluso agradables y encantadoras. Sin embargo, su historia revela un funcionamiento alterado en numerosas áreas. La mentira, la delincuencia, las huidas del hogar, los robos, las peleas, el abuso de drogas y las actividades delictivas son experiencias típicas que el paciente informa que iniciaron desde su niñez. Con frecuencia, estas personas impresionan a los terapeutas del sexo contrario con los aspectos seductores y pintorescos de su personalidad, aunque los clínicos del mismo sexo pueden verlas como manipuladoras y exigentes. (11)

Estos pacientes no muestran ansiedad o depresión, algo que puede parecer muy incongruente por su situación, ya que las amenazas de suicidio y las quejas somáticas son frecuentes. Las explicaciones que ellos dan al momento de entrevistarlos sobre el porqué de su conducta antisocial son carentes de sentido, sin embargo, su discurso no revela delirios o signos de pensamiento irracional. De hecho, a menudo muestran un gran sentido de la realidad e impresionan a los observadores por su buena inteligencia verbal. Las personas con trastorno de la personalidad antisocial son el ejemplo perfecto de la palabra embaucador. Son extremadamente manipuladoras y, muy a menudo, capaces de involucrar a los demás en proyectos para obtener dinero con facilidad o para conseguir fama o notoriedad. A la larga, estos esquemas pueden conducir a los incautos a la ruina financiera, al rechazo social, o a ambas situaciones. Los pacientes con este trastorno no dicen la verdad y no se puede confiar en ellos para llevar a cabo ninguna tarea o respetar las reglas morales convencionales. La promiscuidad, el maltrato del cónyuge, el maltrato de los hijos y la conducción bajo los efectos del alcohol son hechos frecuentes en sus vidas. Un dato importantísimo es su carencia de remordimiento por estas acciones, se podría decir que carecen de conciencia. (11)

3.3.2.1 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En el CIE-11 se indica que este no debe confundirse con: personalidad emocionalmente inestable (F60.3) o trastornos de la conducta (F91), ya que aunque pueden tener una dinámica parecida cada uno cuenta con condiciones distintas. (16)

El trastorno de la personalidad antisocial puede distinguirse de la conducta delictiva porque afecta de manera integral la vida cotidiana del individuo. Cuando la conducta delictiva solo tiene como objetivo una ganancia y no se acompaña de rasgos de personalidad rígidos, desadaptativos y persistentes característicos de un trastorno de personalidad, en el DSM-5 se clasifica como “comportamiento delictivo no asociado con un trastorno de personalidad”. Algo bastante complicado es diferenciar al trastorno de la personalidad antisocial del abuso de drogas. Cuando ambos trastornos se inician en la niñez y continúan manifestándose en la vida adulta, deben diagnosticarse los dos. Sin embargo, cuando la conducta antisocial es claramente secundaria al abuso premórbido de alcohol u otras sustancias, el diagnóstico de trastorno de la personalidad antisocial no está justificado. Al diagnosticar el trastorno de la personalidad antisocial en un individuo los médicos deben tener en cuenta los efectos distorsionadores del nivel socioeconómico, del contexto cultural y del sexo. Por otra parte, no debe efectuarse el diagnóstico si otras afecciones, como la discapacidad intelectual, la esquizofrenia o la manía, pueden explicar los síntomas. (11)

3.3.3 EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Una vez que ha aparecido el trastorno de la personalidad antisocial, este evoluciona sin remisiones, con un máximo de conductas antisociales que se dan por lo general al final de la adolescencia. El pronóstico es variable. Algunos trabajos indican que los síntomas disminuyen a medida que avanza la edad de los individuos. Muchos pacientes presentan un trastorno por somatización y múltiples dolencias físicas. Los trastornos depresivos y los trastornos por abuso de alcohol y otras sustancias son frecuentes. (11)

3.3.4 TRATAMIENTO

Tratamiento Psicoterapéutico

Si los pacientes con trastorno de la personalidad antisocial están hospitalizados, a menudo puede que accedan a recibir psicoterapia. Cuando sienten que están entre sus iguales, su falta de motivación por el cambio desaparece. Es quizá por eso que los grupos de autoayuda son más útiles que las cárceles para aliviar este trastorno. Antes de empezar un tratamiento, es necesario marcar unos límites estrictos. Los terapeutas deben encontrar la forma de afrontar la conducta autodestructiva del paciente. Para superar el miedo a la intimidad de estos pacientes, los terapeutas deben frustrar el deseo de huir de los encuentros con personas honestas. Al hacerlo esto, el terapeuta se enfrenta al desafío de separar el control del castigo, y diferenciar la ayuda y la confrontación del aislamiento social y la condena. (11)

Tratamiento farmacológico.

Se utiliza para tratar los síntomas incapacitantes, como la ansiedad, la cólera y la depresión, pero estos pacientes abusan con frecuencia de sustancias tóxicas, por lo que los fármacos deben administrarse de manera muy controlada. Si un paciente presenta un trastorno por déficit de atención/hiperactividad, los psicoestimulantes como el metilfenidato pueden ser útiles. La conducta impulsiva en estos pacientes se ha intentado modificar mediante fármacos que actúan en el metabolismo catecolaminérgico, los anticonvulsivos también son útiles, en especial si se observan ondas anómalas en el EEG. También se utilizan los antagonistas de los receptores β -adrenérgicos para reducir la agresividad. (11)

3.4 ESCALA HARE, PCL-R

Robert Hare es un psicólogo canadiense con mucho renombre en el campo de la psicología criminal. Es considerado como uno de los expertos más destacados en el estudio de la psicopatía, debido al gran número de evidencia empírica que ha aportado a través de sus investigaciones. (10)

Hare define al psicópata empleando las características descritas por Hervey Cleckley, las cuales corresponden a las de un ser locuaz, arrogante, insensible, etc. Según Robert Hare, las experiencias sociales que modelan la conciencia no tienen incidencia en los psicópatas. Partiendo de las características señaladas por Cleckley, Robert diseñó su conocido instrumento de evaluación para la psicopatía, el PCL-R. El cual es un instrumento de referencia a nivel internacional para la evaluación de la psicopatía en la población penitenciaria y en la práctica clínica y forense. El concepto de psicopatía que aparece en este instrumento se diferencia de otros trastornos por un patrón característico de síntomas que se desarrollan en tres planos principales: el afectivo, el interpersonal y el conductual. En el plano afectivo, los psicópatas se caracterizan por su labilidad emocional, por su falta de empatía, culpa y remordimiento. A nivel interpersonal, son arrogantes, egocéntricos, manipuladores, dominantes y enérgicos. Mientras que, en el plano conductual, son irresponsables, transgresores, impulsivos y buscadores de sensaciones. (10)

Esta prueba tiene una amplia capacidad para detectar determinados perfiles delictivos, así como predecir reincidencias, quebrantamientos de condena y conducta antisocial dentro y fuera de los centros penitenciarios. Se compone de 20 ítems que el evaluador tarda aproximadamente 15 minutos en valorar con 0, 1 o 2 puntos, a partir de la información recogida durante una entrevista semiestructurada, en la que puede emplear entre 90 y 120 minutos, incluida en el instrumento, y de la documentación disponible sobre el sujeto: historial delictivo, informes periciales, actas de juicios, historial laboral, valoraciones de iguales, etc. Se le da una puntuación de 2 a aquel sujeto en el cual el ítem sea aplicable, una puntuación de 1 a aquel sujeto en el cual el ítem sea aplicable pero no con tanta intensidad como para darle un valor de 2, y se da un valor de 0 para aquel sujeto en el cual el ítem no sea aplicable en lo más mínimo. (10)

Los investigadores suelen subdividir sus muestras en tres grupos: una con puntuación alta en el PCL-R con un valor de 30 puntos o más (sociópatas), una puntuación media entre 20-30 (mixtos) y una puntuación baja menor a 20 (no sociópatas). (10)

Hare también sugiere una estrategia alternativa, la cual es interpretar el resultado puntuado por niveles: nivel 1/ muy alta (33-40) , nivel 2 /alta (25-32), nivel 3/ moderada (17-24), nivel 4 /baja(9-16) y nivel 5 / muy baja(0-8)

El profesional empleará aproximadamente 60 minutos en la revisión de la información colateral y los expedientes. El PCL-R proporciona una puntuación general de Psicopatía y puntuaciones en 2 factores (Interpersonal/Afectivo y Desviación social) y en 4 facetas (Interpersonal, Afectiva, Estilo de vida, Antisocial). (10)

3.4.1 FACETA I, INTERPERSONAL

La faceta I engloba 4 aspectos en el evaluado (facilidad de palabra, sentido desmesurado de auto valía, mentiroso patológico, estafador/manipulador)

1. Facilidad de palabra: Este ítem describe a un individuo hablador, locuaz y de palabra fácil. Capaz de contar cualquier tipo de historia y hacerla sonar creíble para quien lo escuche, aparenta tener manejo y conocimiento en diversos temas. Siempre se deja bien sentado al hablar de sí mismo, además de ser demasiado simpático. (10)
2. Sentido desmesurado de auto valía: Este ítem describe a un individuo con una autoconcepción demasiado grande, engreído y fanfarrón. (10)
3. Mentiroso patológico: Este ítem define a un individuo que tiene como característica interpersonal el mentir, son individuos capaces de inventar historias sobre su vida, incluso cuando se conoce la falta de veracidad en estas. Estos individuos ven la mentira como parte de su personalidad e incluso pueden sentirse orgullosos de esta” capacidad”. (10)
4. Estafador/ Manipulador: Aunque puede ser parecido al de “mentiroso patológico” este profundiza más en el hecho de el uso de la mentira y las trampas para

conseguir alguna ventaja o beneficio. Aquí están incluidas las actividades delictivas como: montar negocios fraudulentos o el uso de cheques falsos. (10)

3.4.2 FACETA II, AFECTIVA

La faceta II engloba 4 aspectos en el evaluado (ausencia de remordimiento o sentimiento de culpa, afecto superficial, insensibilidad afectiva/ ausencia de empatía, incapacidad para aceptar las responsabilidades de las propias acciones). (10)

1. Ausencia de remordimiento o sentimiento de culpa: Este ítem define a un individuo con indiferencia general hacia las consecuencias negativas de sus acciones, delictivas o no, sobre los otros. Este individuo demuestra más preocupación sobre las consecuencias de sus acciones sobre el mismo que sobre la víctima. (10)
2. Afecto superficial: Este ítem define a un individuo con incapacidad de expresión de emociones, tanto en variedad como en profundidad, se puede decir que estas no son congruentes con el momento en que surgen. A veces expresan las emociones de una manera demasiado exagerada y con duración corta. (10)
3. Insensibilidad afectiva/ Ausencia de empatía: Este ítem define a un individuo con incapacidad para sentir empatía y profunda indiferencia hacia los sentimientos de los demás. Es cínico y egoísta,
4. Incapacidad para aceptar las responsabilidades de las propias acciones: Este ítem define a un individuo con incapacidad para aceptar la consecuencia de sus propias acciones, constantemente le echa la culpa de sus actos a terceros y en casos extremos negar las acusaciones hechas a su persona aun teniendo pruebas contundentes de esto. (10)

3.4.3 FACETA III, ESTILO DE VIDA

La faceta III engloba 4 aspectos en el evaluado (necesidad de estimulación/tendencia al aburrimiento, estilo de vida parasitario, ausencia de metas realistas a largo plazo, impulsividad, irresponsabilidad). (10)

1. Necesidad de estimulación/tendencia al aburrimiento: Este ítem define a un individuo que tiene la necesidad imperiosa de estimulación nueva y además muestra facilidad para el aburrimiento. Expresa gran interés por actividades que lo involucren a actuar por la vía fácil, o estar al pie del cañón. Por lo general suele quejarse de la monotonía brindada por la vida familia, de trabajo o estudio. (10)
2. Estilo de vida parasitario: Este ítem describe a un individuo cuyo estilo de vida depende económicamente de los otros. Es un individuo que a pesar de contar con plenas habilidades físicas prefiere vivir de sus convivientes, la ayuda social o amigos. (10)
3. Ausencia de metas realistas a largo plazo: Este ítem define a un individuo con incapacidad o falta de voluntad de formular planes a largo plazo. No piensa en el futuro y se preocupa solo por sí mismo, le importa poco hacer algo por su vida y no va hacia ninguna parte. (10)
4. Impulsividad: Este ítem define a un individuo que no premedita ni reflexiona sus acciones. Realiza las cosas por arranque o porque se le presenta la oportunidad. (10)
5. Irresponsabilidad: Este ítem define a un individuo que no cumple sus compromisos ni obligaciones con los demás. Carece del sentido del deber o lealtad hacia familia. (10)

3.4.4 FACETA IV, ANTISOCIAL

La faceta IV engloba 4 aspectos en el evaluado (pobre autocontrol de la conducta, problemas de conducta en la infancia, delincuencia juvenil, revocación de la libertad condicional, versatilidad criminal) (10)

1. Pobre autocontrol de la conducta: Este ítem define a un individuo con mal genio o irascible. Responde a la frustración, fracaso o críticas de manera violenta y descontrolada. (10)
2. Problemas de conducta en la infancia: Es un individuo que, desde la infancia, incluso hasta los 12 años, realiza actos de: robos, hurtos, trampas, mentiras, conducta incendiaria, vandalismo, intimidación escolar, etc. (10)
3. Delincuencia juvenil: Este ítem define a un individuo con condenas penales por delitos cometidos hasta antes de los 17 años. (10)
4. Revocación de la libertad condicional: Este ítem define a un adulto, mayor de 18 años, quien ha violado la libertad condicional o evadido la justicia. (10)
5. Versatilidad criminal: Este ítem define a un individuo con capacidad de delinquir de formas variadas.

3.5 CONTEXTO LEGAL DE ENFERMOS MENTALES EN GUATEMALA

De acuerdo al código penal, en Guatemala, no son imputables y por ende tampoco responsables penalmente, los menores de edad, y los que, en el momento de la acción u omisión, no posean, a causa de enfermedad mental, de desarrollo psíquico incompleto o retardo o de trastorno mental transitorio, la capacidad de comprender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, salvo cuando el trastorno mental transitorio haya sido buscado de propósito por el agente. Art. 23 del Código Penal. (17)

CAPÍTULO IV

OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

- 4.1.1 Conocer la existencia de rasgos antisociales o sociopáticos con la escala HARE, en pacientes que se encuentran en el servicio para pacientes con proceso penal, pabellón 4 con diagnóstico de Trastorno mental y del comportamiento secundario al consumo de sustancias del Hospital Nacional de Salud Mental "Federico Mora"

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 4.2.1 Determinar el valor de los rasgos antisociales según la prueba de escala Hare y su coexistencia con Trastorno mental y del comportamiento secundario al consumo de sustancias en los pacientes con proceso penal, pabellón 4 del Hospital Nacional de Salud Mental.
- 4.2.3 Analizar el nivel de los rasgos antisociales según la prueba de escala Hare y su coexistencia con Trastorno mental y del comportamiento secundario al consumo de sustancias en los pacientes con proceso penal, pabellón 4 del Hospital Nacional de Salud Mental.
- 4.2.4 Determinar la existencia del trastorno de personalidad sociópata según la prueba de escala Hare y su coexistencia con Trastorno mental y del comportamiento secundario al consumo de sustancias en los pacientes con proceso penal, pabellón 4 del Hospital Nacional de Salud Mental.

CAPÍTULO V

MATERIAL Y MÉTODO

5.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio analítico, prospectivo de tipo transversal

5.2 POBLACIÓN

Pacientes masculinos ingresados por orden judicial penal al Pabellón 4 del Hospital Nacional de Salud Mental, diagnosticados con Trastorno Mental del comportamiento secundario al consumo de sustancias. Se tomo en cuenta a los pacientes que se encontraban ingresados en dicho servicio a partir del 15 de abril del 2024 al 10 de mayo del 2024, día en el cual se llevo a la muestra delimitada.

5.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Esta fue definida por el numero de pacientes ingresados al Pabellon 4 del Hospital Nacional de Salud Mental, que cumpliera tanto con criterios de inclusión como de exclusión. En total se llevo a una muestra de 71 pacientes.

5.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

5.4.1 Unidad primaria de de muestreo: Pacientes ingresados por orden judicial penal al Pabellon 4 del Hospital Nacional de Salud Mental

5.4.2 Unidad de Análisis: Datos clínicos registrados en el instrumento diseñado para tal efecto.

5.4.3 Unidad de información: Pacientes diagnosticados con Trastorno mental y de comportamiento secundario al consumo de sustancias y sus respectivos registros clínicos.

5.5 HIPOTESIS

H₁: La categoría de rasgos antisociales (rasgos sociopáticos), según la Escala HARE, de moderado a muy alto, se encuentran presentes en el Trastorno mental y del comportamiento secundario al uso de sustancias.

H₀: La categoría de rasgos antisociales (rasgos sociopáticos), según la Escala HARE, de moderado a muy alto, no se encuentran presentes en el Trastorno mental y del comportamiento secundario al uso de sustancias.

5.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

5.6.1 Criterios de inclusión

5.6.1.1 Personas mayores de 18 años,

5.6.1.2 Hombres, que acepten participar voluntariamente y con diagnóstico

de Trastorno mental y del comportamiento secundario al consumo de sustancias.

5.6.2 Criterios de exclusión

5.6.2.1 Pacientes con deterioro neurocognitivo significativo que les impida proveer información.

5.6.2.2 Pacientes cuyos registros clínicos se encuentren incompletos o ilegibles.

5.7 VARIABLES

5.7.1 Edad

5.7.2 Trastorno mental y del comportamiento secundario al consumo de sustancias

5.7.3 Trastorno de personalidad antisocial

5.7.4 Delito

5.8 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterio de clasificación
Edad (18)	Tiempo que un individuo ha vivido desde su nacimiento hasta un momento determinado. (18)	Dato de la edad en años anotado en el registro clínico	Cuantitativa discreta	Razón	Años
Trastorno mental y del comportamiento secundario al consumo de sustancias (11)	Trastorno mental caracterizado por manifestarse como un conjunto de síntomas y problemas mentales que pueden ser causados por el consumo excesivo o crónico de drogas o alcohol. (11)	Dato de la impresión clínica anotado en el registro clínico	Cualitativa	Nominal	Si/No

Trastorno de la Personalidad Antisocial (11)	Trastorno de la personalidad caracterizado por la existencia de una disposición constante y persistente de romper y faltar a los derechos de otros. (11)	Dato de la impresión clínica anotado en el registro clínico	Cualitativa	Nominal	Si/No
Delito (17)	Acción que va en contra de lo establecido por la ley y que es castigada por ella con una pena grave. (17)	Acción establecida en informes judiciales	Cualitativa	Nominal	Delitos catalogados por el Código Procesal Penal guatemalteco

5.9 INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El instrumento utilizado para la recolección de la información fue el TEST de Escala HARE PCL-R.

5.10 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La información fue recolectada en la boleta diseñada para esta función. Mientras se realizaba la entrevista semi-estructurada se iban identificando los valores asignados a las respuestas brindadas por los participantes, esto se realizaba en base al TEST de Escala HARE PCL-R. Así mismo se revisaron en algunos casos los expedientes clínicos de los participantes para constatar la veracidad de sus respuestas.

5.11 PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La información fue analizada en base a la guía de Escala HARE PCL-R ya que en esta se indicaba a que nivel y de que forma se clasifican el total que se obtiene al concluir la sumatoria de los ítems valorados por la prueba PCL-R.

5.12 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Se garantizo el respeto a los principios éticos al redactar y exponerle al participante de manera clara y sencilla el consentimiento informado, en el cual se exponía la libre elección de participar o no de la investigacion, seguridad de que cada uno de los datos recopilados no serian utilizados para vulnerar o con motivos mórbidos agredir la integridad de los participantes. La investigación fue realizada con motivos puramente científicos por lo que esta se realizo con toda la preparación y seriedad del caso, y por último se respeto y trato con dignidad a cada participante.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

En este capítulo se expone de una manera didáctica y estadística la existencia de Rasgos Antisociales en los pacientes ingresados al Pabellón 4 del Hospital Nacional de Salud Mental. El grupo que participó en el estudio fue seleccionado por su mayoría de edad, diagnóstico de Trastorno Mental y del comportamiento secundario al consumo de sustancias y su antecedente de conductas delictivas, características que compaginan con el objetivo del estudio. La información fue recopilada por medio de una entrevista semiestructurada durante la cual se contó con el consentimiento de cada uno de los participantes.

Objetivo General

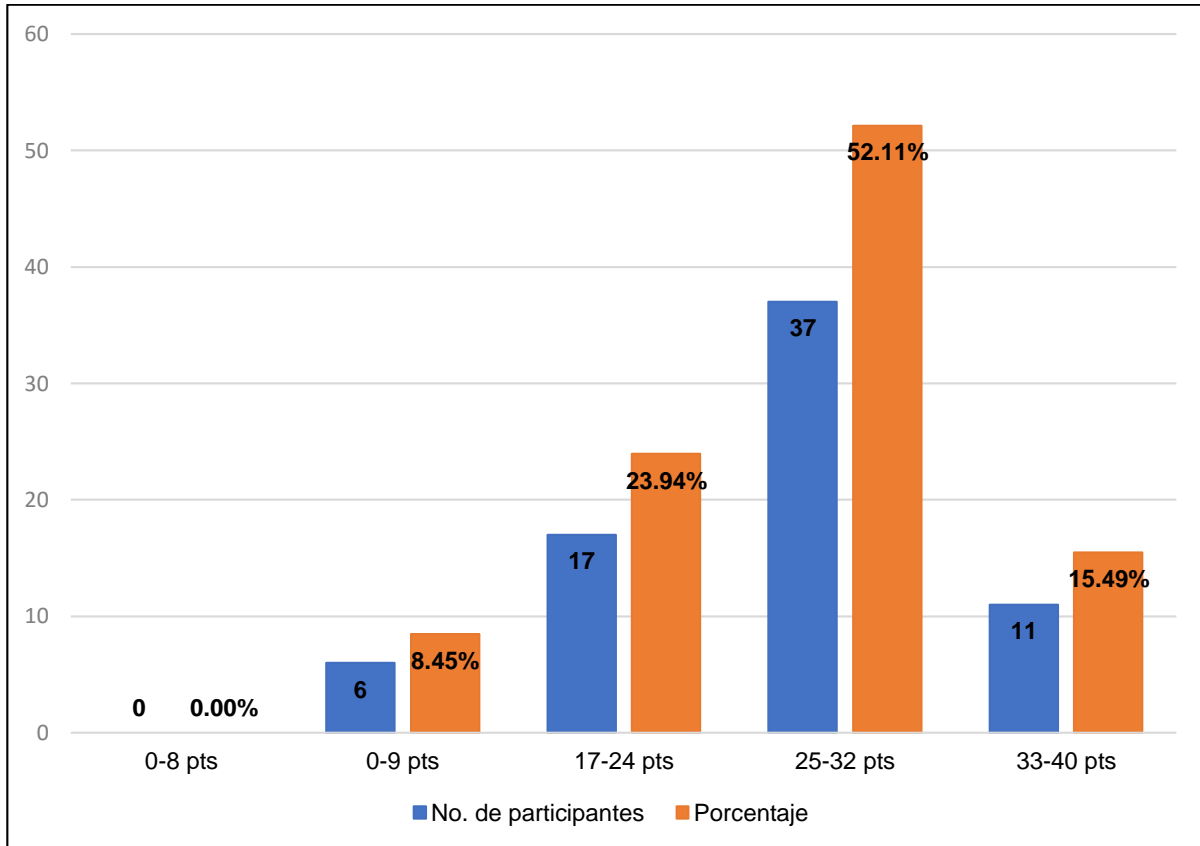
**TABLA No.1
EDAD DE PARTICIPANTES**

INTERVALO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18-27	23	32.4%
28-37	26	36.6%
38-47	16	22.5%
48-57	5	7.0%
58-67	0	0.0%
>68	1	1.4%
TOTAL	71	100%

Objetivo Especifico No.1

GRÁFICA No.1

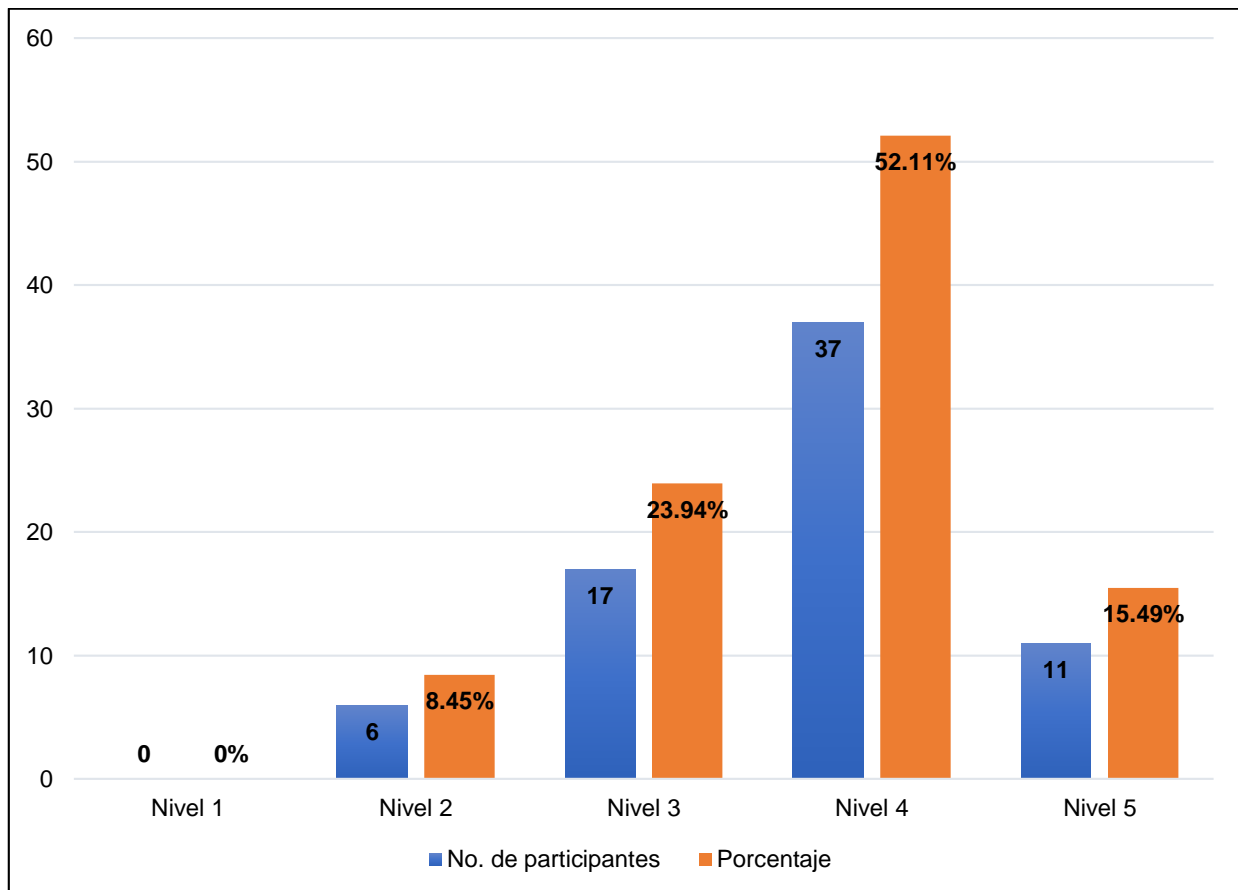
VALOR DE RASGOS ANTISOCIALES POR ESCALA HARE PCL-R EN PARTICIPANTES



Objetivo Especifico No.2

GRÁFICA No.2

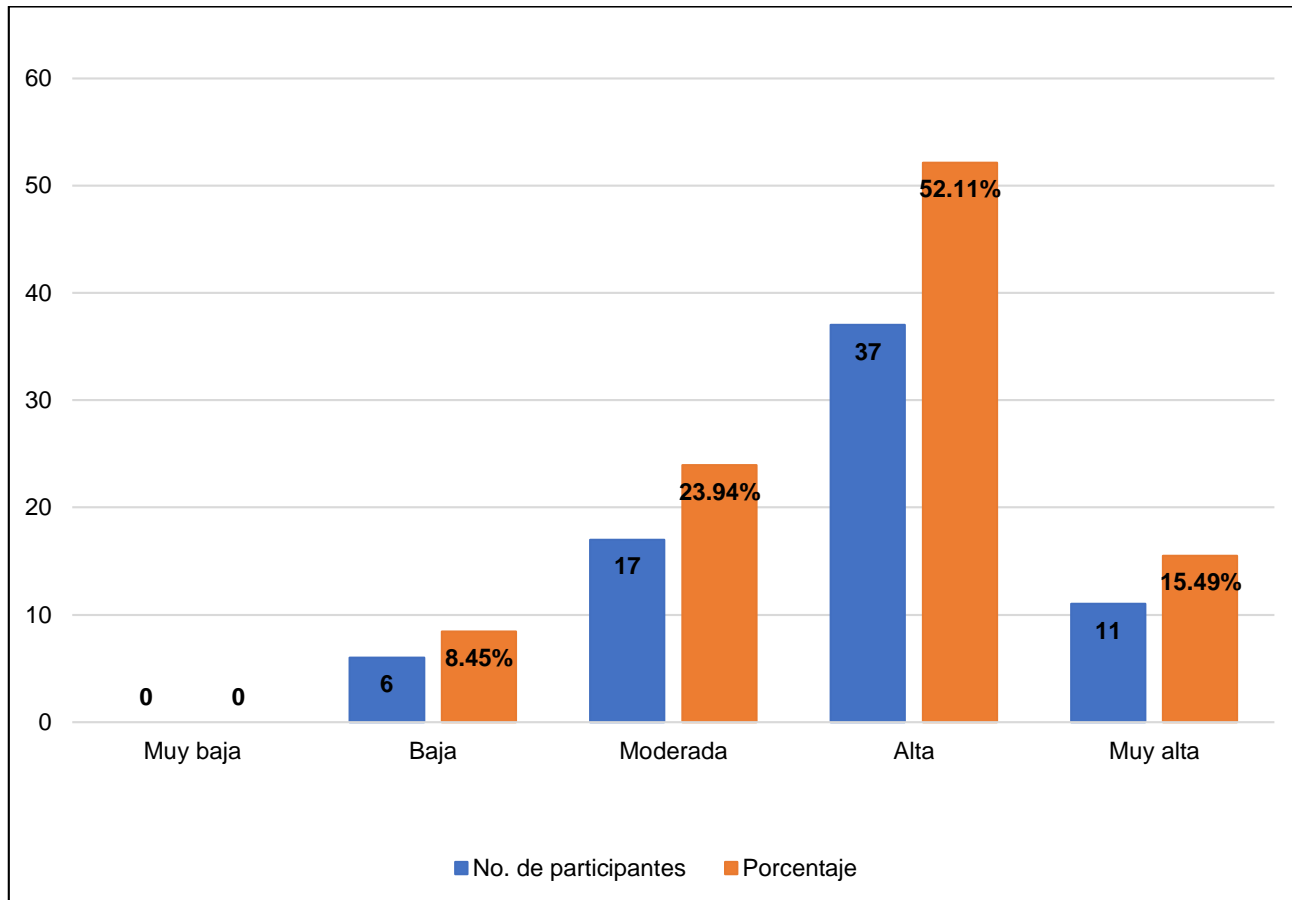
NIVEL DE RASGOS ANTISOCIALES POR ESCALA HARE PCLR EN PARTICIPANTES



Objetivo General

GRÁFICA No.3

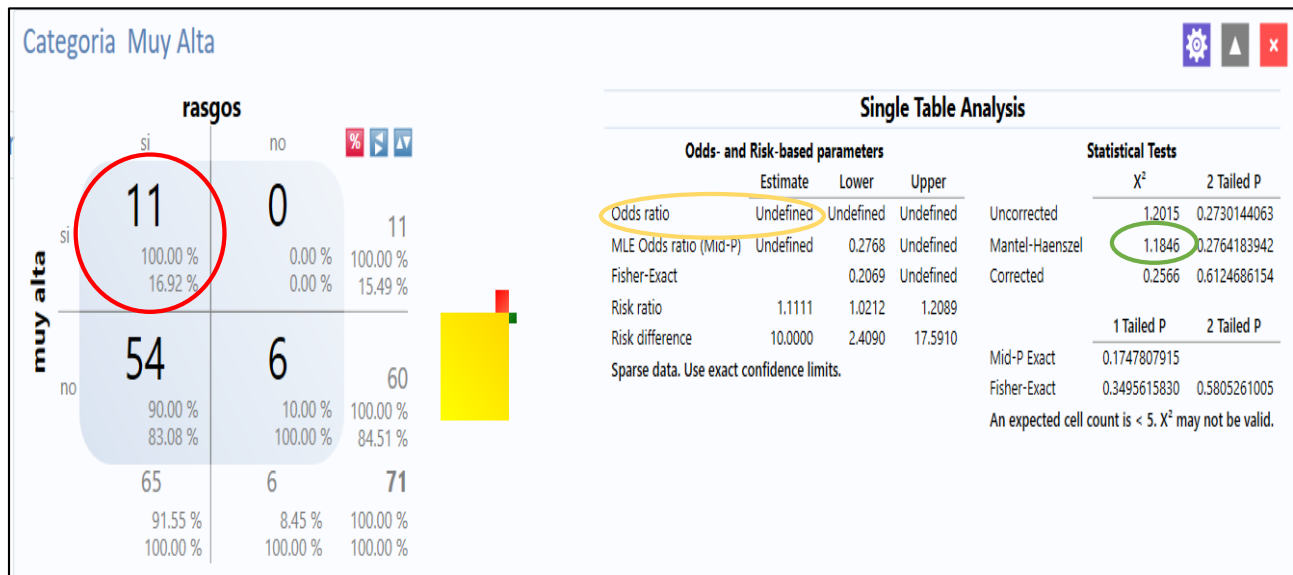
CATEGORIA DE RASGOS ANTISOCIALES POR ESCALA HARE PCL-R EN PARTICIPANTES



Se utilizó la aplicación estadística EPI INFO para analizar las categorías obtenidas por la prueba Escala HARE PCL-R. Al concluir el análisis de dicha aplicación se obtuvo un panel por cada categoría encontrada durante la recolección de resultados

Objetivo General

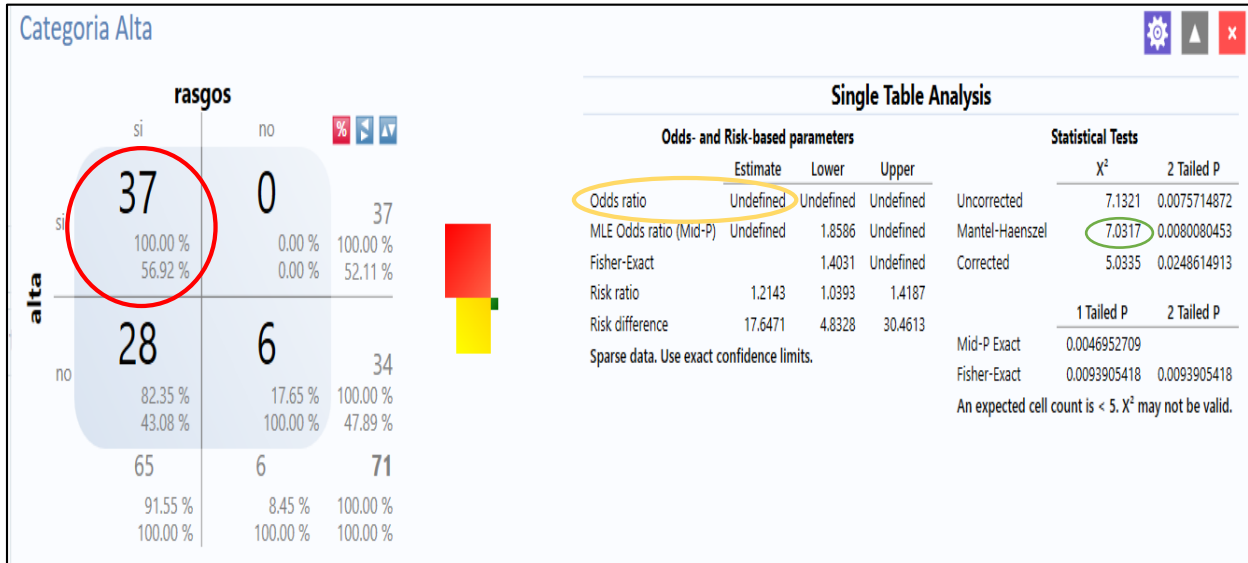
PANEL No.1 Categoría Muy Alta



Descripción: El panel anterior expone que los 11 participantes ubicados dentro de la categoría Muy Alta equivalen a un 16.92% de la población que manifestó rasgos antisociales de Moderados a Muy altos. Además obtuvieron un valor de 1.18 en la prueba de chi cuadrada, lo cual indica que la hipótesis no es aplicable en esta población (este valor debe ser mayor a 5 para concluir lo contrario). Se considera que esto es a consecuencia de la cantidad reducida de participantes incluidos dentro de esta categoría. El valor de Odds ratio para esta población es indefinido debido a la escasez de datos.

Objetivo General

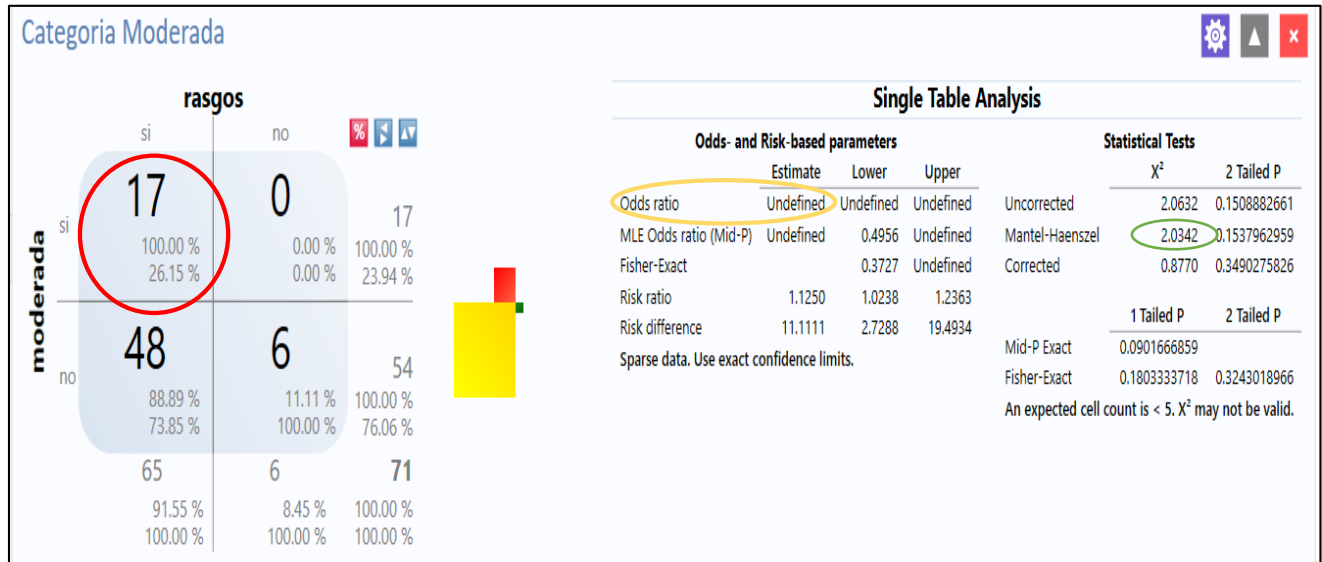
PANEL No.2 Categoria Alta



Descripción: El panel anterior expone que los 37 participantes ubicados dentro de la categoría Alta equivalen a un 56.92% de la población que sí manifestó rasgos antisociales de Moderados a Muy altos. Además obtuvieron un valor de 7.03 en la prueba de chi cuadrada, lo cual indica que la hipótesis sí es aplicable en esta población (este valor debe ser menor a 5 para concluir lo contrario). Se considera que esto es una consecuencia de que los participantes incluidos dentro de esta categoría es grande (más de la mitad de la población). El valor de Odds ratio para esta población es indefinido debido a la escasez de datos.

Objetivo General

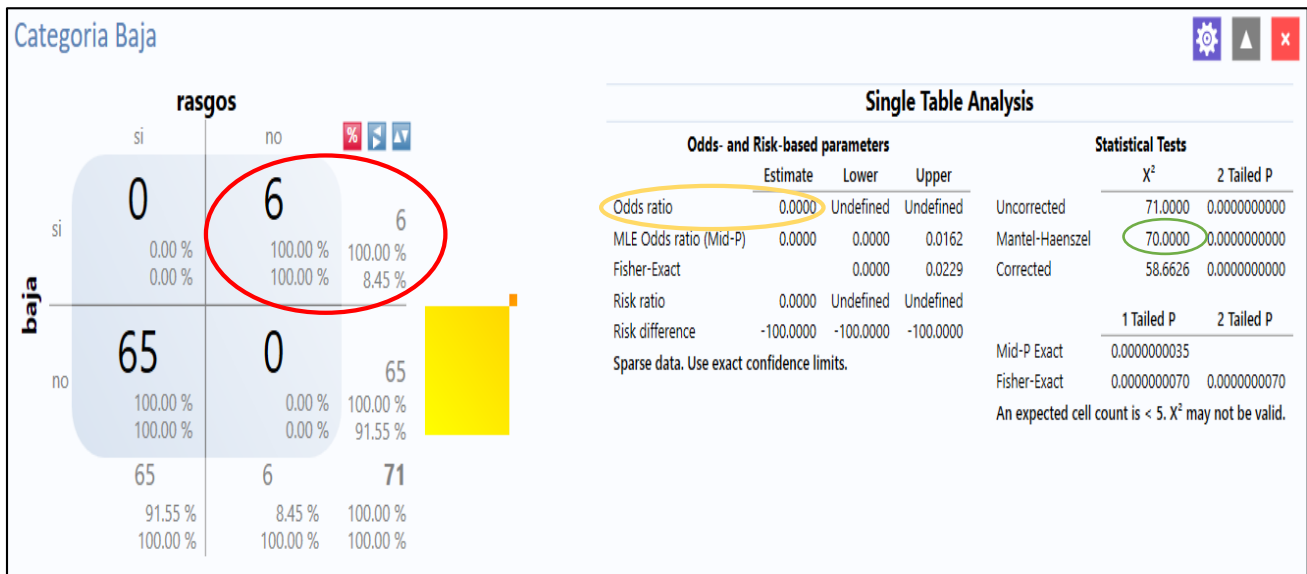
PANEL No.3 Categoria Moderada



Descripción: El panel anterior expone que los 11 participantes ubicados dentro de la categoría Moderada equivalen a un 26.15% de la población que sí manifestó rasgos antisociales de Moderados a Muy altos. Además obtuvieron un valor de 2.03 en la prueba de chi cuadrada, lo cual indica que la hipótesis sí es aplicable en esta población (este valor debe ser menor a 5 para concluir lo contrario). El valor de Odds ratio para esta población es indefinido debido a la escases de datos.

Objetivo General

PANEL No.4 Categoría Baja



Descripción: El panel anterior expone que los participantes ubicados dentro de la categoría Baja equivalen a un 8.45% de la población total. Además obtuvieron un valor de 70 en la prueba de chi cuadrada, lo cual indica que la hipótesis sí es aplicable en esta población (este valor debe ser menor a 5 para concluir lo contrario). Sin embargo este valor es considerado exagerado al ser demasiado elevado, esto podría interpretarse como una alta sensibilidad por parte de la prueba PCL-R a identificar rasgos antisociales. El valor de Odds ratio para esta población es de 0.

Objetivo Especifico No.3

GRÁFICA No.4
HALLAZGO DE PERSONALIDAD SOCIOPATICA POR ESCALA HARE PCL-R EN
PARTICIPANTES

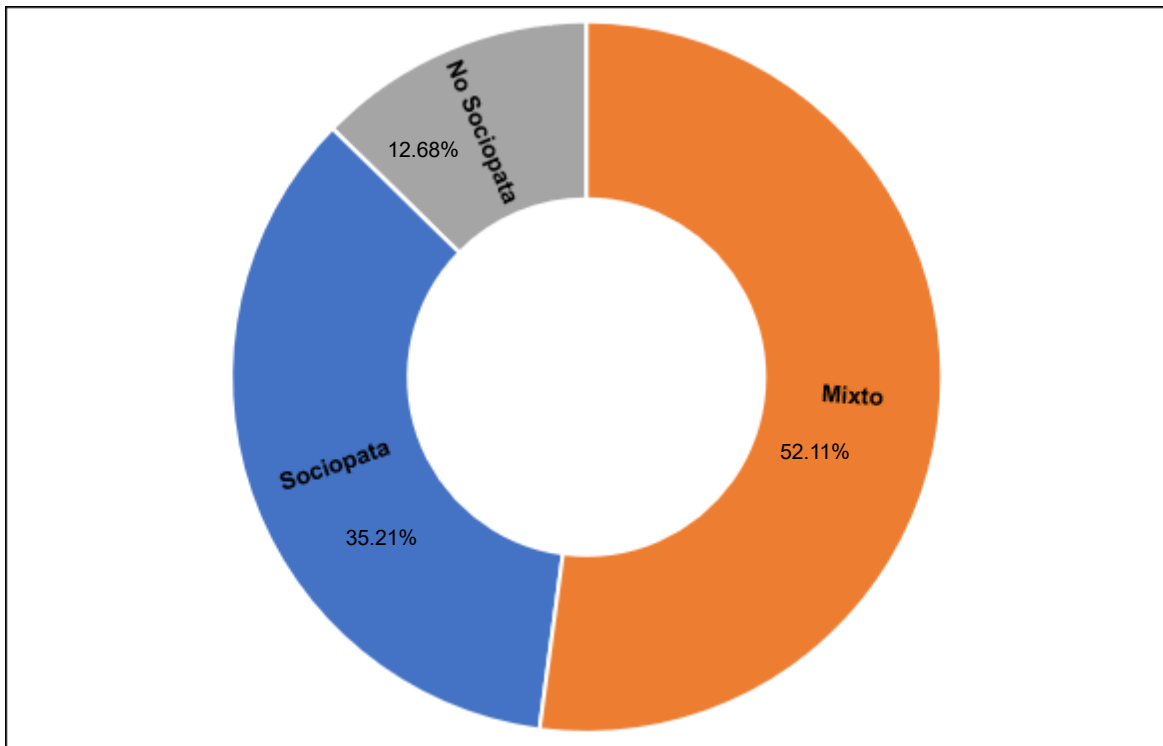


TABLA No.6

**DELITOS POR LOS CUALES PARTICIPANTES FUERON INGRESADOS A
PABELLON 4**

DELITOS	Frecuencia	Poercentaje
Delitos contra la vida	30	42.25%
Falta contra las buenas costumbres	9	12.68%
Delitos contra la libertad, seguridad e indemnidad sexual	7	9.86%
Delitos contra la seguridad de las personas	5	7.04%
Delitos contra el patrimonio	5	7.04%
Delitos contra la integridad de las personas	5	7.04%
Faltas contra las personas	3	4.23%
Faltas contra el orden publico	3	4.23%
Delitos contra la seguridad social	2	2.82%
Delitos conta la seguridad del transito	1	1.41%
Delitos contra la seguridad colectiva	1	1.41%

CAPÍTULO VII

DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Los rasgos antisociales son características de personalidad que pueden indicar la existencia de un trastorno de personalidad, el reconocer la existencia de rasgos antisociales o sociopáticos con la escala HARE, en pacientes que se encuentran en el Hospital Nacional de Salud Mental y son diagnosticados con Trastorno mental y del comportamiento secundario al consumo de sustancias podría exponer la necesidad de implementar un manejo y tratamiento eficaz hacia esta población. El reconocimiento de estos rasgos podría incluso beneficiar al sistema de justicia de este país, a manera de pronunciar dictámenes basados en la evidencia y llegar a conclusiones más asertivas.

El Pabellón 4 del Hospital Nacional de Salud Mental tiene la característica de albergar a pacientes implicados en delitos de todo tipo, ellos son ingresados a este lugar mientras se resuelve su proceso penal y brinda tratamiento acorde a su trastorno mental. Hay aproximadamente 70 pacientes en esta área, los cuales se encuentran custodiados por personal del sistema penitenciario, esto por motivo de brindar custodia y seguridad perimetral del pabellón.

Los pacientes que se encuentran en este pabellón con trastorno mental y del comportamiento secundario al consumo de sustancias también tienen diagnósticos de otros trastornos mentales, sin embargo esto no fue impedimento para que participaran en la realización de este estudio ya que cuentan con antecedentes delictivos, situación que se acopla al test de Escala HARE PCL-R, herramienta principal de esta investigación y la cual es utilizada en ambientes penitenciarios.(9) Si bien es cierto que la gravedad de los crímenes difiere, esta característica no es tomada en cuenta para la realización de la presente investigación ya que en ningún momento se plantea comparar el puntaje obtenido del test Escala HARE PCL-R entre los participantes.

En este estudio algunos participantes habían sido diagnosticados con otro trastorno además del Trastorno mental secundario al consumo de sustancias. Estos pacientes formaron parte de la investigación ya que cumplían con los criterios de inclusión descritos con anterioridad. Sin embargo se destaca este hecho ya que podría ser importante para futuras investigaciones en las cuales se quiera profundizar sobre esta comorbilidad.

Las medidas de tendencia central obtenidas en base a los resultados de las entrevistas realizadas con el test de Escala HARE PCL-R fueron; moda con un valor de 31, media con un valor de 40.07, mediana con un valor de 36.

Un 16.90% de los participantes obtuvieron un nivel de rasgos antisociales catalogados como MUY ALTOS por obtener como resultado de la prueba PCL-R escala HARE valores de entre 33-40 puntos (gráfica No.1 y No.2) . Mat De Liss et al. En un estudio titulado “psicopatía entre los condenados a pena capital” con una muestra de 663 convictos y duración de 4 años, realizado en el estado de California, Estados Unidos, expusieron como resultado que 1/3 de los participantes fueron considerados sociópatas. (23) Este dato concuerda con el resultado del estudio realizado en el Pabellón 4 del Hospital Nacional de Salud Mental , ya que en este el 35.21% de la población fue considerada sociopata según los resultados obtenidos, a pesar de la diferencia poblacional (gráfica No.4) . Además en el estudio realizado en E.E.U.U los participantes ya habían sido condenados a pena capital, mientras que los participantes de este estudio aun no han culminado su proceso penal.

La mediana encontrada dentro del estudio realizado en E.E.U.U. fue de 23.31, mientras que la del presente estudio fue de 40.01 , datos que no son comparables ya que la muestra del presente es de 71 participantes, mientras que el anterior cuenta con 663. Hay que aclarar que en el estudio realizado en EEUU no se entrevistaron a todos los participantes, la mayoría de los resultados se obtuvieron en base a sus antecedentes penales, esta podría ser la razón por la cual la diferencia tan grande entre la mediana de ambos estudios, sin embargo faltan fundamentos para esta aseveración. Sin embargo, este dato es importante y podría plantearse un estudio de

mayor magnitud en el cual se pueda obtener un dato comparable y así determinar si el Trastorno mental secundario al consumo de sustancias es un factor que agrave los rasgos antisociales o no, inclusive al compararlos con un grupo que ya fue sentenciado a pena máxima, la cual en Guatemala equivale a 50 años. (17)

Otro hallazgo dentro del estudio fue que un 8.45% de la población obtuvo un nivel de rasgos antisociales catalogados como BAJO por obtener como resultado de la entrevista valores de entre 9-16 puntos(grafica No.2 y No.3) . Además los participantes que son parte de este grupo están siendo juzgados por delitos menores, situación que podría relacionarse en cierta medida por la clara tendencia entre este grupo a una baja puntuación en el test PCL-R escala HARE. Sin embargo se necesitarían más estudios para respaldar esto.

B. Golstein, et al. En un estudio que lleva por nombre “La epidemiología de los síndromes de comportamiento antisocial en la edad adulta: resultados de la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre el Alcohol y Condiciones Relacionadas-III” realizado durante el año 2017, asociaron la conducta antisocial y el uso de sustancias durante 12 meses y durante toda la vida.(1) Este estudio expone un antecedente que es congruente con los resultados obtenidos en esta investigación donde se identifica existencia de rasgos antisociales en esta población con diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento secundario al consumo de sustancias, ya que el 91.54% (55 participantes) demostraron una existencia de estos de moderada a muy alta. Y el 8.45% (6 participantes) exhibieron también rasgos antisociales, aunque en una categoría baja (grafica No.3). Aun se debe de investigar un poco más si la existencia de consumo de sustancias y rasgos antisociales es un mero traslape o si existe influencia recíproca de una sobre la otra.

Como se mencionaba en el texto de anterior un 91.54% de rasgos antisociales entre moderados y muy altos fueron encontrados en la población evaluada, por lo cual la Hipótesis alternativa se da por válida. Sin embargo se debe de mencionar que al

momento de evaluar la Chi cuadrada la hipótesis no se cumplía en cada una de las categorías, sino únicamente en la categoría Alta y Baja. Ahondando en esto en la categoría Muy Alta el nivel de la CHI CUADRADA fue demasiado bajo(1.18) para ser considerado valido, se intuye que esto puede ser a razon de dos circunstancias: primero, la población que entro en esta categoría era demasiado pequeña (16.92%) y por esto se marca este valor, segundo, podría ser que la prueba de Escala HARE abarque mayor cantidad de rasgos de los participantes, por lo cual se necesitaría realizar esta misma investigación en una población de dimensiones mas grandes para poder confirmar ó descartar esta afirmación o realizar pruebas complementarias que puedan corroborar esta clasificación. Con respecto a la población que entro en la categoría Moderada y que también obtuvo un valor no valido de CHI CUADRADA (2.03), se concluyo que también podría ser debido a la baja población (26.15%) que entro dentro de esta categoría. Por lo descrito anteriormente se recomendaría realizar una investigación idéntica a la planteada en este informe, pero con un a población mucho mayor, a manerea de evaluar si estas tendencias en la CHI CUADRADA se repiten o muestran alguna variación. Es importante mencionar que aunque la población con categoría baja obtuvo un valor valido de CHI CUADRADA este valor es demasiado elevado (70) , valor que evidencia la tendencia de la misma Prueba de Escala HARE PCL-R a catalogar a cualquier individuo evaluado con rasgos antisociales, inclusive si estos son minimos (panel No.1- No.4).

Hay que mencionar que los delitos por los cuales los pacientes son imputados podrian haber sido cometidos durante un periodo alterado de la conciencia y por esta razón se deben de conocer los hechos ocurridos, pues de la relación entre éstos y el trastorno mental que presente el imputado, puede derivarse a una alteración de sus facultades. Una persona puede presentar, o haber presentado un trastorno mental, el cual, puede que altere las facultades intelectivas y/o volitivas, pero esta alteración ha de estar referida y quedar demostrada en el momento de los hechos que se le imputan, y relacionada con éstos, por lo que podemos afirmar que debe ser congruente la alteración de facultades que el sujeto refiera con el hecho. Durante las diferentes

etapas del proceso penal se toman en cuenta declaraciones del imputado ante las fuerzas actuantes, declaraciones del imputado ante la autoridad judicial, relato de los hechos durante la/las entrevista/s psiquiátrica/s. Además de las declaraciones de los testigos, las cuales pueden dar una visión general sobre los hechos, y así comprobar hasta qué punto el imputado se ajusta a ésta, y en caso de que no, si puede deberse a trastorno psíquico. (25) Por los aspectos anteriores y otros externos, la resolución legal del proceso de los participantes no suele ser inmediata, por consiguiente a la fecha de la realización de esta investigación aun no se contaba con el veredicto del sistema de justicia para el proceso de los participantes, así que no han sido declarados imputables o inimputables.

Sin embargo, ¿qué sucederá con estos pacientes posterior al veredicto dado por el sistema de justicia, serán enviados a sus hogares (si es que los tienen), su familia será capaz de acogerlos o serán trasladados a otras entidades del sistema penitenciario, se le dará continuidad a su tratamiento? . Ashley. C. Stewart, en un estudio llamado "Participación en la justicia penal después de la liberación de prisión después de la exposición a los servicios comunitarios de salud mental entre las personas que usan drogas ilícitas y tienen enfermedades mentales: una revisión sistemática" expuso que la utilización de los servicios comunitarios de salud mental después de la liberación de la cárcel o prisión puede mejorar los resultados de la justicia penal para las personas que consumen drogas ilícitas y tienen enfermedades mentales, se expuso que las tasas de reencarcelamiento entre las personas que consumen drogas ilícitas y tienen enfermedades mentales reflejan que no se abordan las condiciones sociales y de salud que predisponen a este grupo a seguir cometiendo reincidencia. (25) Los servicios comunitarios de salud mental son inexistentes en Guatemala, estudios como el anterior, exponen la necesidad de promover este tipo de servicios a nivel nacional, los cuales podrían evitar la reincidencia en pacientes mentales que ya han sido procesados por un delito y además prever la realización de estos si es que los mismos fueron secundarios a un estado alterado de las facultades mentales. Situación que puede deberse tanto a falta de tratamiento como a falta de diagnóstico.

Algunas de las dificultades encontradas durante la realización de esta investigación fueron que al interactuar con algunos pacientes no estaban interesados en participar de la entrevista semiestructurada, a pesar de explicárseles en que consistía la investigación y darles el consentimiento informado, por lo cual se les tuvo que insistir en diferentes momentos para que participaran, algunos si lo hicieron y otros continuaron negándose, por lo cual varios a pesar de cumplir con los criterios de inclusión no son parte de los resultados.

Esta investigación tiene hallazgos que son de importancia para futuras investigaciones, y que podrían utilizarse en otras poblaciones, por ejemplo poblaciones penitenciarias sin ningún tipo de trastorno mental, sin embargo al realizar esto podría encontrarse una limitante, ya que las autoridades del sistema penitenciario podrían no permitir entrevistar a privados de libertad o no brindar el ambiente necesario para poder hacerlo y obtener resultados legítimos.

CONCLUSIONES

7.1.1 En la hipótesis principal se asevero que la existencia de rasgos antisociales en los participantes de esta investigación iban a estar valorados entre las categorías de moderado a muy alto. Esto es acertado ya que un 91.55% de la población evaluada se encontro dentro de este rango como resultado del test Escala HARE PCL-R.

7.1.2 El valor de los rangos antisociales por PCL-R escala HARE en pacientes que se encuentran en el servicio con proceso penal, pabellon 4, con diagnóstico de Trastorno mental y del comportamiento secundario al consumo de sustancias fue dentro del rango de 9 a 40 puntos.

7.1.3 Los rasgos antisociales por PCL-R escala HARE en pacientes que se encuentran en el servicio con proceso penal, pabellon 4, con diagnóstico de Trastorno mental y del comportamiento secundario al consumo de sustancias fue dentro de los niveles 2-5.

7.1.4 La sociopatía fue determinada por el test PCL-R escala HARE en 26 pacientes (35.21%) con diagnóstico de Trastorno mental y del comportamiento secundario al consumo de sustancias, ingresados al pabellon 4.

RECOMENDACIONES

7.2.1 Realizar un estudio con las mismas características pero en una población mayor brindaría mayor validez y poder comparativo para estudios análogos.

7.2.2 Reevaluar el tipo de seguimiento que se le brinda a esta población al ser egresada del Hospital Nacional de Salud Mental, en caso de ser declarados inimputables, para evitar la comisión de delitos y su posible recaída en el consumo de sustancias.

7.2.3 Instar a las autoridades de justicia a que el proceso judicial de esta población sea llevado en colaboración con los médicos tratantes de estos pacientes dentro del Pabellon 4 quienes se hacen cargo de su evaluación y tratamiento diariamente, a manera de evidenciar situaciones que pudieran llegar a omitirse en alguna de las fases del proceso penal y así darle un seguimiento más asertivo y un veredicto correcto. Así mismo brindarle al personal del sistema de justicia la preparación y educación continua necesaria para tener una colaboración eficaz durante el proceso judicial de los imputados que presentan Trastornos mentales y de esta manera llegar a conclusiones precisas.

7.2.4 Instruir a través de capacitaciones a los custodios del sistema penitenciario sobre sus responsabilidades y obligaciones sobre los pacientes albergados dentro del Pabellon 4 , a manera de evitar faltas a los derechos humanos.

PLAN DE ACCIÓN Y/O APORTES

Se les dará a las autoridades del Hospital Nacional de Salud Mental una copia de la presente tesis a manera que esta sirva como fuente de información o base para cualquier investigación relacionada.

CAPÍTULO VIII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lowder EM, Ray BR, Gruenewald JA. Criminal justice professionals' attitudes toward mental illness and substance use. *Community Ment Health J* [Internet]. 2019 [cited 2023 Feb 23];55(3):428–39. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30706306/>
2. Gentry A. Pass the pcl-R: Your guide to passing the hare psychopathy checklist-revised aka the psychopath test. North Charleston, SC: Createspace Independent Publishing Platform; 2011.
3. Nih.gov. [cited 2023 Feb 24]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9103349/pdf/TPPL_28_1837030.pdf
4. Cuesta AY. Violencia en Guatemala [Internet]. Prensa Libre. 2022 [cited 2023 Feb 24]. Available from: <https://www.prensalibre.com/opinion/columnasdiarias/violencia-en-guatemala/>
5. Sanz-García A, Gesteira C, Sanz J, García-Vera MP. Prevalence of psychopathy in the general adult population: A systematic review and meta-analysis. *Front Psychol* [Internet]. 2021 [cited 2024 Jul 13];12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34421717/>
6. Fovet T, Geoffroy PA, Vaiva G, Adins C, Thomas P, Amad A. Individuals with bipolar disorder and their relationship with the criminal justice system: a critical review. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2015 [citado el 23 de marzo de 2023];66(4):348–53. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25555137/>

7. Seid M, Anbesaw T, Melke S, Beteshe D, Mussa H, Asmamaw A, et al. antisocial personality disorder and associated factors among incarcerated in prison in Dessie city correctional center, Dessie, Ethiopia: a cross-sectional study. BMC Psychiatry [Internet]. 2022 [citado el 24 de marzo de 2023];22(1):53. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35073903/>

8. Ch S. La violencia se cobró 1.442 víctimas en Guatemala en 4 meses de 2022 [Internet]. swissinfo.ch. 2022 [citado el 10 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.swissinfo.ch/spa/guatemala-violencia_la-violencia-se-cobr%C3%B3-1.442-v%C3%ADctimas-en-guatemala-en-4-meses-de-2022/47576898

9. Violencia homicida en Guatemala durante 2022: vamos en la dirección equivocada [Internet]. Diálogos. [citado el 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.dialogos.org.gt/blog/violencia-homicida-en-guatemala-durante-2022-vamos-en-la-direccion-equivocada>

10. Hare RD. Escala de evaluación de Psicopatía de HARE revisada, PCL-R. Ontario, Canada: Multyhealth Systems INC; 2003.

11. Sadock B, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan y Sadock. Manual de Psiquiatría Clínica. 4a ed. Baltimore, MD, Estados Unidos de América: Wolters Kluwer Health; 2017.

12. World health organization (WHO). En: Yearbook of the United Nations 2005. UN; 2005. p. 1572–3.

13. Large Matthew, Sharma Swapnil, Compton Michael T., Slade Tim, Nielssen Olav. Consumo de cannabis y aparición temprana de psicosis. *Archivos de Psiquiatría General*. 2011; 68(6):555. [[PubMed](#)] [[Google Académico](#)]
14. Guía de consulta de Los criterios diagnósticos del dsm-5(r): Spanish edition of the desk reference to the diagnostic criteria from dsm-5(r). American Psychiatric Publishing; 2014.
15. SECCATID [Internet]. Gob.gt. [citado el 29 de julio de 2023]. Disponible en: <https://seccatid.gob.gt/>
16. Wikipedia F. Sistemas de Clasificación: Clasificación Decimal Universal, CIE-9, CIE-10, Manual Diagnóstico y Estadístico de Los Trastornos Mentales, Clasificación. University-Press. Org; 2013.
17. Tipografía De El Progreso Publisher. Código Penal de La República de Guatemala, 1877 (1877). Whitefish, MT, Estados Unidos de América: Kessinger Publishing; 2010.
18. Espasa. Diccionario Escolar de La Real Academia Española. Espasa Calpe Mexicana; 2005.
19. Sohn JS, Raine A, Lee SJ. The utility of the Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) facet and item scores in predicting violent recidivism. *Aggress Behav* [Internet]. 2020 [citado el 22 de mayo de 2024];46(6):508–15. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32780434/>
20. Verschuere B, te Kaat L. What are the core features of psychopathy? A prototypicality analysis using the Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R). *J Pers Disord* [Internet]. 2020 [citado el 22 de mayo de 2024];34(3):410–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30650005/>

21. Cunha O, Braga T, Gonçalves RA. Psychopathy and intimate partner violence. *J Interpers Violence* [Internet]. 2021 [citado el 22 de mayo de 2024];36(3–4):NP1720-1738NP. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29366397/>
22. Sohn JS, Reyes NC, Kim H. Interpersonal and Affective Facets and Items of the Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) in Predicting Child Sex Offending*An earlier version of this study was presented at 2019 Annual Meeting of the American Society of Criminology. *J Interpers Violence* [Internet]. 2022 [citado el 22 de mayo de 2024];37(9–10):NP6720–32. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32933367/>
23. DeLisi M, Peters DJ, Hochstetler A, Butler HD, Vaughn MG. Psychopathy among condemned capital murderers. *J Forensic Sci* [Internet]. 2023 [citado el 23 de mayo de 2024];68(2):558–67. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36572956/>
24. Santos-Hermoso J, González-Álvarez JL, López-Ossorio JJ, García-Collantes Á, Alcázar-Córcoles MÁ. Psychopathic femicide: The influence of psychopathy on intimate partner homicide. *J Forensic Sci* [Internet]. 2022 [citado el 23 de mayo de 2024];67(4):1579–92. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35348213/>
25. Checa Gonzalez MJ. *Manual Practico de Psiquiatria Forense*. la Ciudad Condal, España: Elsevier Masson; 2014.
26. Stewart AC, Cossar RD, Quinn B, Dietze P, Romero L, Wilkinson AL, et al. Criminal justice involvement after release from prison following exposure to community mental health services among people who use illicit drugs and have mental illness: A systematic review. *J Urban Health* [Internet]. 2022 [citado el 27 de mayo de 2024];99(4):635–54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11524-022-00635-5>
27. Windows [Internet]. Cdc.gov. 2023 [citado el 6 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/epiinfo/pc.htm>

CAPÍTULO IX

ANEXOS

TEST PCL-R

Carmen Julieta Loarca Cadenas

Sexto Año de Medicina

CUNOC-USAC

PUNTUACIÓN	2 (Sí)	1(Podría ser en algunos aspectos)	0 (No)
Factor 1 Interpersonal/ Afectivo			
Faceta 1: Interpersonal			
Facilidad de palabra/ encanto superficial			
Sentido desmesurado de auto valía			
Mentiroso Patológico			
Estafador/Manipulador			
Faceta 2: Afectivo			
Ausencia de remordimiento o sentimiento de culpa			
Afecto superficial			
Insensibilidad afectiva/ Ausencia de empatía			
Incapacidad de aceptar la			

responsabilidad de las propias acciones			
Factor 2			
Faceta 3: Estilo de vida			
Necesidad de estimulación/ tendencia al aburrimiento			
Estilo de vida parasitario			
Ausencia de metas realistas a largo plazo			
Impulsividad			
Irresponsabilidad			
Faceta 4: Antisocial			
Pobre autocontrol de la conducta			
Problemas de conducta en la infancia			
Delincuencia juvenil			
Revocación de libertad condicional			
Versatilidad criminal			
TOTAL			
GRAN TOTAL			

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Carmen Julieta Loarca Cadenas

Universidad de San Carlos de Guatemala

Centro Universitario de Occidente

“Presencia de rasgos antisociales por escala HARE en Trastorno mental secundario al consumo de sustancias”

Mi nombre es Carmen Julieta Loarca Cadenas, mi número de DPI es 3441 79508 0901, estudio la Carrera de Médico y Cirujano en la Universidad de San Carlos de Guatemala y estoy realizando una investigación que busca conocer si usted tiene un comportamiento antisocial. Esta investigación la voy a realizar haciéndole varias preguntas y tomando como base el Test de Escala HARE PCL-R, la entrevista durara 30 minutos. Yo no divulgaré ninguna de las cosas que usted me cuente durante la entrevista.

Usted puede decidir si participa o no en esta investigación.

Esta investigación no afectará su proceso legal, tampoco lo pondrá en ningún peligro.

He leído la información o me la leyeron. Tenía dudas sobre la investigación y me fueron respondidas. Estoy de acuerdo en participar voluntariamente de esta investigación y entiendo que si quiero puede retirarme de la entrevista cuando yo quiera.

Firma _____ / _____ Huella _____ del
Participante _____

Fecha _____ Día/mes/año

CRONOGRAMA

		Marzo 2024			Abril 2024				Mayo 2024					Junio 2024				Julio 2024				
ACTIVIDADES		S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S5	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S5
Entrega de protocolo	E																					
	R																					
Aprobación de protocolo	E																					
	R																					
Recolección de datos	E																					
	R																					
Análisis de datos	E																					
	R																					
Redacción de informe	E																					
	R																					
Entrega revisión y aprobación de informe final	E																					
	R																					