



Pontificia Universidad Católica del Ecuador | Sede Ambato

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD CON PERFILES PSICOPÁTICOS POR TRAUMAS INFANTILES

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Licenciatura en Psicología

Línea de Investigación:

Vida digna y salud integral, salud y grupos vulnerables

Autor:

Valeria Margarita Solórzano Pérez

Director:

Juana Rosario Lara Machado, Mg.

Ambato – Ecuador

Diciembre 2022

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO
HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD CON PERFILES PSICOPÁTICOS POR TRAUMAS INFANTILES

Línea de Investigación:

Vida digna y salud integral, salud y grupos vulnerables

Autor:

Valeria Margarita Solórzano Pérez

Juana del Rosario Lara Machado, Mg
CALIFICADOR

f. 

Narcisa de Jesús Villegas, Mg.
CALIFICADOR

f. 

Mario Santiago Poveda Ríos, Mg.
CALIFICADOR

f. 

Varna Hernández Junco, PhD.
DIRECTOR ESCUELA DE PSICOLOGÍA

f. 

Hugo Rogelio Altamirano Villaroel, Dr.
SECRETARIO GENERAL PUCESA

f. 

 Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

SECRETARÍA GENERAL
PROCURADURÍA

Ambato – Ecuador

Diciembre 2022

 Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
BIBLIOTECA

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo: **Valeria Margarita Solórzano Pérez**, con **CC. 1805284658**, autor del trabajo de graduación intitulado: **“POPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD CON PERFILES PSICOPÁTICOS POR TRAUMAS INFANTILES”**, previa a la obtención del título profesional de **LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**, en la escuela de **Psicología**.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Ambato, diciembre 2022



VALERIA MARGARITA SOLÓRZANO PÉREZ

CC. 1805284658

DEDICATORIA

Este proyecto va dirigido a mi madre y hermanos, quienes me han brindado su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a todos los docentes que han impartido sus conocimientos en el transcurso de la vida académica. En especial, a mi tutora Rosario Lara, quien ha contribuido con la consecución de este proyecto de forma teórica y práctica.

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo validar una propuesta de intervención para personas privadas de libertad con perfiles psicopáticos por traumas infantiles en el Centro de Privación de la Libertad Tungurahua 1. La metodología del estudio para la primera fase es descriptiva, cuantitativa, no experimental y de corte transversal, para determinar las particularidades de la población. Mientras que, para la segunda fase en el diseño de la propuesta, se empleó un estudio de concordancia de observaciones a través de un comité de expertos, para la validez de contenido. Participan 87 personas privadas de libertad, 45 hombres y 42 mujeres con una media de 35,87 años y desviación estándar de 8,39; quienes cursan el colegio y universidad en el Servicio Nacional de Atención Integral. En cuanto a los resultados, se encontró que los sujetos de los dos sexos tienen niveles altos y muy altos en psicopatía en un total del 82,7% a partir del PCL-R; las características que predominan son interpersonales – afectivas y desviación social. Además, tienen niveles moderados y altos en traumas infantiles según el CTQ-SF y se observó que varía el tipo de trauma en hombres y mujeres, a causa de fenómenos culturales. La validación de la propuesta de intervención puntuó 99,58%; por lo que, tiene consistencia teórica, metodológica y ética para ser aplicada en los centros penitenciarios del país. Y contribuye en la restauración de traumas, autorregulación emocional y calidad de vida de los reclusos.

Palabras clave: Intervención, privadas de libertad, psicopatía, trauma, infancia.

ABSTRACT

The objective of this study is to validate an intervention proposal for people deprived of liberty with psychopathic profiles due to Childhood trauma at the Tungurahua 1 Deprivation Center. The study methodology for the first phase is descriptive, quantitative, non-experimental and cross-sectional, to determine the particularities of the population. While, for the second phase, in the design of the proposal, a concordance study of observations was used through a committee of experts, for content validity. 87 people deprived of liberty participate, 45 men and 42 women with a mean of 35.87 years and standard deviation of 8.39; those who attend college and university in the National Comprehensive Care Service. Regarding the results, it was found that both sex individuals have high and very high levels of psychopathy in a total of 82.7% from the PCL-R; the predominant characteristics are interpersonal - affective and social deviation. In addition, they have moderate and high levels of Childhood trauma according to the CTQ-SF and it was observed that the type of trauma varies in men and women, due to cultural phenomena. The validation of the intervention proposal scored 99.58%; therefore, it has theoretical, methodological and ethical consistency to be applied in the country's prisons. And it contributes to the restoration of traumas, emotional self-regulation and quality of life of inmates.

Keywords: Intervention, deprived of liberty, psychopathy, trauma, Childhood.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRELIMINARES	
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	viii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA.....	6
1.1. Aproximaciones Conceptuales del Trauma Psicológico Infantil	6
1.2. Aproximaciones Conceptuales de la Psicopatía.....	14
1.3. Intervención Psicológica.....	29
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO	35
2.1. Diseño de la Investigación	35
2.2. Técnicas e instrumentos.....	37
2.3. Población, Muestra y Muestreo	43
2.4. Propuesta de investigación	47
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	89
3.1. Análisis Descriptivos de los Traumas Infantiles.....	89
CONCLUSIONES.....	94
RECOMENDACIONES	96
BIBLIOGRAFÍA	97

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto tiene la finalidad de validar una propuesta de intervención psicológica dirigido a personas privadas de libertad o PPL con perfiles psicopáticos que en la etapa infantil han sufrido traumas tales como: abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligencia emocional y negligencia física en el Centro de Privación de la Libertad Tungurahua 1. La investigación sigue la línea de vida digna y salud integral; y salud y grupos vulnerables. En tal sentido, se pretende recopilar datos relevantes que sostengan la investigación, cumplir con las dos fases de la investigación y plantear las conclusiones y recomendaciones.

Hasta los años noventa en América Latina y el Caribe la violencia de género era un problema aislado de la salud pública, sin importancia social y no se denunciaba. En Ecuador, era prohibido por el Código de Procedimiento Penal del año 2000, las denuncias entre cónyuges, familiares o testigos de violencia. Por ello, a finales de los años ochenta el estado ve la gravedad y lo convierte en un problema público. El Gobierno ecuatoriano interviene y elimina todo tipo de discriminación a mujeres y crea políticas de justicia, atención integral y sanción de la violencia. De este modo, las mujeres que han padecido violencia tienen recursos de protección que garantizan sus derechos y su bienestar emocional y físico (Camacho, 2014).

Así mismo, como destaca el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2020) que la violencia en niños es una conminación al desarrollo físico y emocional, en el que 1 de cada 4 niños menores de 5 años vive en el seno de familias violentas y las mujeres del hogar padecen violencia de género. Inclusive en la encuesta realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2019) para la población de 15 años en adelante, 65 de cada 100 mujeres experimentan algún tipo de violencia en su vida y 32 de cada 100 por los últimos 12 meses. Sin embargo, las investigaciones en violencia ejercida por mujeres a hombres, se considera inexistente en el contexto. Esto a causa de estereotipos y desigualdad (Rojas, Guzmán, Jiménez, Martínez, y Flores, 2019).

A diferencia de las mujeres, los hombres sufren traumas psicológicos en menor cantidad a causa de factores culturales entre niños y niñas, pero, en los dos crean pérdida de vínculos afectivos. Por esto, se dificulta la investigación a causa del estigma social masculino y el ludibrio público o rechazo de la sociedad. Se sigue un patrón cultural, en el que, las mujeres toman una posición sumisa y los hombres viril, pero, en la etapa infantil por exigencias culturales el maltrato y violencia es heterogénea, en especial si existe pobreza de por medio (Sánchez, 2021). En la actualidad el contexto violento afecta a todos con mayor o menor prevalencia en el tipo de trauma (Rojas, Ponce, Zuluaga, Posada, y Zapata, 2020).

Por tal motivo, al crecer en un ambiente invalidante es probable detonar un trauma psicológico y físico. Deduce Molina-Coloma, Pérez, y Salaberría (2022) que las mujeres privadas de libertad tienen mayor número de traumas, puesto que, aplicaron el cuestionario para experiencia traumáticas TQ de 18 ítems a 50 ecuatorianas, en donde resultó que existe un alto problema de somatización. Y aunque están confinados por delitos menores, en los últimos años, se observa un aumento en crímenes catalogados como violentos. Un dato apartado destaca que las mujeres recluidas tienen mayor trastornos y síntomas psicopatológicos que la población en general, y añade un historial de necesidades básicas no cubiertas (Acuña, 2014).

De la misma forma, en la investigación llevada a cabo por Fontanil, Alcedo, Fernández, y Ezama (2013) en el Centro Penitenciario de Villabona, el 96,6% de mujeres encarceladas han sido maltratadas; 82,7% han sido víctimas de violencia de género por sus parejas; el 50% han sufrido maltrato infantil y el 28,5% la madre del hogar ha sido maltratada por parte de su padre. Otro estudio realizado por Norza-Céspedes, González-Rojas, Moscoso-Rojas, y González-Ramírez (2012) en el Instituto Nacional Penitenciario de Colombia el 45% han sufrido de violencia intrafamiliar, 26% abuso sexual en la etapa infantil y adolescencia.

En cuanto al perfil psicopático Rocuant, León, Folino, y Hare (2019) analizaron la psicopatía y el trastorno antisocial de la personalidad en mujeres privadas de libertad a partir de la *Hare Psychopathy Checklist Revised* y con la *Interpersonal*

Mesure of Psychopathy en Chile, a partir de una muestra de 210 mujeres. La prevalencia de psicopatía fue del 11,9% y de trastorno antisocial de la personalidad del 43,8%. Los resultados descriptivos destacan que el 65,2% nació en una familia biparental, 18% crianza por terceros y 1% en la calle, además, en las entrevistas mencionan que el 46% ha vivido situaciones de violencia; 26,2% abuso sexual y violaciones en la infancia antes de los 15 años, la mayor parte por un familiar.

Además, en el estudio realizado por Burgos-Benavides, y otros (2021) se analizó si existe una relación entre la escala de psicotismo y los niveles de psicopatía del PCL-R en mujeres privadas de libertad, el tamaño de la muestra fue de 116 en la Cárcel de Turi en Cuenca y se encontró que existe un rango de edad de mujeres adultas de 48 a 63 años con altos factores de psicopatía y neuroticismo, asociados con el envejecimiento y actividades sociales infantiles. También, se halla las mismas características en jóvenes de 18 a 27 años.

Las características del perfil criminal y psicópata de las mujeres, considera algunos factores que llevan a delinquir como: discusiones de pareja, celos, impulsividad, desbordamiento emocional, falta de remordimiento y empatía, alta frustración, entre otros. En su investigación resaltan Carabellese, y otros (2020) que la psicopatía tiene una relación estrecha con la delincuencia, por ello la tasa entre delincuentes es más grande que entre la población en general. Y obedece a diferentes causas tanto para hombres como mujeres. Por lo que, las desventajas sociales fomentan patrones de conductas desviadas que perfilan la personalidad psicopática en una mujer u hombre adulto.

Por otro lado, en los estudios con los hombres, en especial en Latinoamérica son considerables, debido que, tiene un constructo social de figura problemática, lo que dirige a sobre generalizar (Sánchez, 2004) . Es así como, la delincuencia femenina ha pasado desapercibida en las estadísticas y sesgos de género. Y a razón de la caballerosidad, las mujeres tienen ciertas ventajas y privilegios en el ámbito social y legal. Por lo que, es importante considerar estudios igualitarios, para prevenir las conductas criminales y psicópatas (López, 2020).

De acuerdo con lo mencionado, se evidencia la problemática de que el trauma infantil desarrolla rasgos psicopáticos. En estudios a víctimas de abuso infantil, se resalta un déficit en el hemisferio izquierdo, lo que dificulta el procesamiento adecuado de las emociones y con frecuencia incentiva conductas violentas e impulsivas con su entorno. Dichos rasgos generan inconvenientes interpersonales como: mentira patológica, manipulación, estafa, dificultad adaptativa, ausencia de remordimiento y sentimiento de culpa, insensibilidad afectiva, carencia empática y limitan el desempeño en sus roles personales. Con base a lo propuesto, es de interés indagar la personalidad psicopática y las subcategorías, y su origen que constituye un eje vector de la personalidad con rasgos psicopáticos en la edad adulta (Borja y Ostrosky, 2009).

Para realizar la presente investigación, se tomó una muestra de 87 personas privadas de libertad, 42 mujeres y 45 hombres, a quienes se les presentó el test *Hare Psychopathy Checklist* o PCL-R (Hare, 1991) con su versión en español (Moltó, Poy, y Torrubia, 2000) que mide la psicopatía y el *Childhood Trauma Questionnaire* o CTQ (Bernstein y Fink, 1998) que evalúa cinco tipos de traumas en la versión adaptada al castellano como Cuestionario de Traumas Infantiles - *Short Form* o CTQ-SF (Behn, y otros, 2020); se aplicaron en el Centro de Privación de Libertad Tungurahua 1. Entonces, para expandir la información, se emitió varios estudios con cierta evidencia bibliográfica de la temática.

Por lo tanto, la metodología del estudio para la primera fase es descriptiva, cuantitativa, no experimental de corte transversal para determinar las particularidades de la población. Mientras que, en la segunda fase en el diseño de la propuesta, se empleó un estudio de concordancia de observaciones a través de un comité de expertos para la validez de contenido. Y se comprueba la hipótesis propuesta: Si se caracterizan los traumas infantiles experimentados por las personas privadas de libertad en el Centro de Privación de Libertad Tungurahua 1 y sus perfiles psicopáticos, se valida la propuesta de intervención.

Para ejecutar esta investigación, se consideró que el objetivo general de la investigación es "Validar una propuesta de intervención para personas privadas de

libertad con perfiles psicopáticos por traumas infantiles en el Centro de Privación de la Libertad Tungurahua 1". Por lo que, los objetivos específicos son:

1. Sustentar teóricamente las variables de psicopatía, traumas infantiles e intervención psicológica.
2. Determinar perfiles psicopáticos de las personas privadas de libertad y los traumas infantiles en el Centro de Privación de Libertad Tungurahua 1.
3. Proponer un plan de intervención para personas privadas de libertad con perfiles psicopáticos por traumas infantiles en el Centro de Privación de Libertad Tungurahua 1.
4. Evaluar el plan de intervención para personas privadas de libertad con perfiles psicopáticos por traumas infantiles en el Centro de Privación de Libertad Tungurahua 1, por criterios de expertos.

Para finalizar, deduce Loinaz (2014) que es necesario conocer qué provoca la psicopatía y verlo como un problema heterogéneo, puesto que, la delincuencia ha incrementado en contextos hispanohablantes. Por tal motivo, lo que incentivó esta investigación es mejorar el estado emocional, aumentar los estudios y ofrecer un aporte a los reclusos adultos de la ciudad y el país con perfiles psicopáticos por traumas infantiles, por ello, la propuesta de intervención garantiza la reinserción, disminución de la reincidencia penitenciaria, el bienestar psicológico, habilidades de autorregulación emocional, cumplimiento de metas y consecución de interacciones afectivas saludables. Sin duda alguna de comprobarse la hipótesis, se permite proponer y validar una propuesta efectiva acorde al contexto y a la sintomatología.

CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1. Aproximaciones Conceptuales del Trauma Psicológico Infantil

Etapa Infantil

La infancia, se da entre los primeros años de vida hasta los doce. En la cual, el sujeto recolecta información de su exterior para procesarlo, crear conocimiento y manejar sus interacciones posteriormente en su edad adulta. Aquí, se desarrolla el área física, cognoscitiva y psicosocial, que se transforma de forma gradual, a partir del aprendizaje, atención, memoria, lenguaje, razonamiento, creatividad, emociones, personalidad y relaciones interpersonales. La guía encargada de cumplirse con éxito esta etapa son los padres y su rol, se basa en el cuidado, protección, vestimenta, educación, alimento del menor, entre otros (Papalia, Feldman, y Martorell, 2012).

El logro importante que, se presencia físicamente en la infancia es el motor y realizar movimientos complejos como: saltar en un pie con los ojos cerrados, equilibrio corporal, correr, motricidad fina y gruesa, bailar, pintar, entre otros. En el desarrollo cognitivo las operaciones concretas, que dan lugar al pensamiento lógico, el razonamiento y el lenguaje, además, la memoria a corto y largo plazo, el procesamiento, almacenamiento y capacidad de respuesta con el tiempo, se perfecciona. Y El desarrollo social y de la personalidad, que implica habilidades sociales, comprensión de emociones contradictorias, autorregulación emocional, conocimiento propio, autoestima y desarrollo de la moralidad (Berger, 2007).

Trauma Psicológico

El trauma psicológico es una herida afectiva, se da de forma sorpresiva, repentina o anormal y dificulta la capacidad para afrontar el evento estresor, debido que, sobrepasa al sujeto y su inmadurez cerebral. Genera caos y confusión a lo largo del desarrollo del sujeto; y produce fragmentación del recuerdo, absurdidad, horror, ambivalencia emocional o desconcierto (Baldor, Jeréz, y Rodríguez, 2015). Da

lugar a mecanismos de defensas pasivos y se origina el congelamiento en el tiempo y anestesia emocional. Por tal motivo, se dan respuestas corporales evolutivas como el instinto de supervivencia que involucra a la amígdala (Zegarra y Chino, 2022).

Abarca el área cognitiva, afectiva, conductual y física para aliviar el dolor. Por lo que, el trauma emite: angustia, tristeza, culpabilidad, ansiedad, fatiga, impotencia, irritabilidad, preocupación, hipersensibilidad, pesadillas, analepsis, opresiones físicas en pecho y garganta, sensación de falta de aire, sequedad en la boca y debilidad muscular. Así pues, genera incomodidad, constituye una amenaza en la identidad y falta de regulación emocional esporádica con problemáticas en: toma de decisiones, adicciones, ansiedad y depresión (Llácer, Trejo, y Pérez, 2021).

Así mismo, influye en la satisfacción de las necesidades simples del ser humano como: seguridad, afiliación, reconocimiento y autorrealización. También, afecta en la forma de pensar, sentir y actuar, por tanto, genera desconfianza y falta de empatía de su alrededor. Implica la dimensión sensorial real, la cual, aparece en varios intervalos y es evadido u olvidado, mientras transcurre su vida, con el fin de sobrevivir (Caranci, 2020). Por ello, el estímulo inicial, produce efectos inmediatos y al mismo tiempo origina asociaciones con otras reacciones o respuestas progresivas en situaciones emocionales y físicas similares (Antolínez, 2020).

Del mismo modo, altera la autoafirmación y asertividad del individuo de forma interpersonal e intrapersonal. Se producen micro traumas internos reiterativos que rebasan los mecanismos de adaptación. No se perciben a simple vista, puesto que, se procesan en la parte interna del sujeto. Sin embargo, generan baja autoestima e inseguridad. El trauma psicológico evoluciona en diferentes fases; Figueroa, Cortés, Acatino, y Soresen (2016) resaltan cuatro:

- Trayectoria resiliente: Los individuos continúan con sus rutinas diarias con poco grado de variación psicológica.
- Recuperación: Una vez que los individuos muestran perturbación, se recuperan después del curso de unos meses.

- Trayectoria retardada: Se da una vez que el individuo vive la experiencia y lo evita, no obstante, más adelante, se perturba.
- Crónica: Se caracteriza por el deterioro del desempeño, en el cual, el individuo no se recupera.

Trauma Psicológico en la Etapa Infantil

El Trauma, se asocia a la etapa infantil al impedir el desarrollo de esquemas básicos del sujeto y su forma de adaptarse e inferir en el mundo correctamente. Por ende, el trauma psicológico en este periodo es de corte inenarrable e incalculable y no es comprendido por otro a su alrededor. Además, deforma la personalidad y los vínculos afectivos que procuran la funcionalidad y estabilidad del ser humano. Al no cumplirse, en el futuro son propensos a disociar la situación con una actual, lo que provoca retraumatización a nivel emocional y/o físico (Salvador, s.f).

El trauma en el infante actúa de forma transitoria, puesto que, no lo entiende en el momento, sin embargo, tiene síntomas duraderos que originan estrés postraumático. Lo vuelve inestable, miedoso, indefenso y vulnerable al crear estrategias automáticas de afrontamiento y mecanismos de defensa. A causa de, la reedición visual por los otros canales sensoriales. Por lo que, los estímulos estresores tienen respuestas similares, rápidas, en gran cantidad y persistentes a nivel cognitivo, conductual, fisiológico y emocional. (Romero, 2016).

Antecedentes del Trauma Psicológico Infantil

La principal causa del trauma infantil es el entorno, en donde, se desarrolla el sujeto. Los padres al ser la autoridad tienen la batuta en la crianza de sus hijos y al no brindar bienestar y seguridad crea situaciones no aptas para el infante como: abuso sexual por parte de un familiar, maltrato infantil, violencia psicológica, negligencia, entre otros. Por lo cual, el apego en la infancia es necesario para que el niño desarrolle sentimientos altruistas, solidaridad, empatía, amor al entorno social; y lo más importante aprendizaje óptimo de límites y normas al regular de impulsos, emociones y autoestima (Yepes, s.f).

En el pasado, el maltrato físico era justificado por los padres como una práctica de moldeamiento de la conducta, por esto, los niños sufrían: ahogamientos, quemaduras, lapidaciones, azotes con varas, madera, palos, disciplina demasiado estricta, castigos sin comida y era denominado moral, espiritual y educativo. De la misma manera, sucedía con los abusos sexuales, el cual, era una tradición generalizada entre los integrantes de una familia y estigmatizado si era denunciado, entonces era silenciado a toda costa (Lecannelier, 2018). Como se observa, el núcleo del trauma se sostiene en creencias culturales y familiares que han evolucionado con el tiempo y que son peligrosas para los sucesos vitales del individuo (Cueva, 2019).

Por otro lado, se encuentra el entorno escolar, puesto que, el infante se expone a peligros de otros estudiantes o adultos en calidad de autoridades de la institución, lo que origina acoso, abuso escolar e incluso violación. En este sentido, es un conflicto social que afecta de forma negativa el comportamiento y viene acompañado de agresiones verbales y físicas. Aquí, la situación traumática es bidireccional en algunos casos, debido que, el estudiante agresor hostiga a la víctima y al mismo tiempo padece violencia intrafamiliar, negligencia emocional y un hogar disfuncional. Por lo contrario, si cumple funciones laborales en el centro educativo su historial es replicar eventos traumáticos vividos en la infancia (González, 2018).

En Ecuador en los últimos años, se han aumentado los casos, en el que, los estudiantes del género femenino han sufrido abuso sexual y el género masculino acoso en centros educativos. En el 2016, el 22% de estudiantes padecieron abuso sexual y el 37% destacó que los ejecutores eran maestros y autoridades del establecimiento. Sin embargo, en 2013 crean el Art. 50 y Art.51 del Código de la Niñez y la Adolescencia, en el que, rige el derecho a la integridad personal, afectiva, psicológica, cultural y social. Esto a causa de los casos denunciados, que dan lugar a la emisión programas de intervención, pero, aún subsiste como un problema serio (Betancourt, 2018).

Tipos de Traumas Psicológico en la Infancia

Existen varios tipos de traumas psicológicos que ocurren en la etapa infantil. En la actualidad, se han convertido en un problema de salud pública a nivel mundial. Al ser bastante difícil reconocer el maltrato en un niño, incluso para un profesional con frecuencia, se llega a confundir con perturbaciones emocionales o psicológicas que poseen otro origen y de no ser tratadas de forma correcta originan serios trastornos en las víctimas. Destaca Jimeno (2015) cinco tipos principales como: el maltrato psicológico, maltrato físico, abuso sexual, abandono o negligencia y violencia familiar.

Cuadro 1. Tipos de Traumas Psicológicos en la Infancia	
Maltrato psicológico	Se presencia cuando el niño experimenta desamparo, rechazo o explotación. Es intencional por parte del adulto hacia las actitudes y habilidades del menor. Afecta a la autoestima, habilidades sociales, expresar sus sentimientos, emociones y altera su personalidad (De la Rosa, Almeida, Reina, Guerra, y Vázquez, 2020).
Maltrato Físico	Castigo corporal por parte de los cuidadores primarios hacia el niño, causa dolor y sufrimiento, puesto que, usa objetos o la fuerza. Causa hematomas, fracturas, lesiones en las extremidades superiores e inferiores, torceduras, bofetadas, tirones de cabello, mordeduras, patadas, puñetazos, quemaduras (Loredo, Casas, y Monroy, 2014).
Abuso Sexual	Conductas utilizadas por el agresor sexual frente al infante como: manoseo y frotamiento en zonas íntimas, intento o penetración sexual, objetos que se introduzcan en área vaginal, anal y bucal y pornografía (Jimeno, 2015).
Abandono o negligencia física y emocional	Los cuidadores no atienden las necesidades primarias del menor como: alimentación, protección, salud, educación, vestimenta y aseo. Desemboca en falta de supervisión, enfermedades y faltas regulares educativas. Y altera la percepción para comprender el significado de una familia como primer momento de la vida del ser humano (Álvarez, 2013).
Violencia Familiar	Se oculta o disfraza por los familiares, en especial si existe machismo. Se suscita al restringir de forma completa o parcial la libertad y autoestima de los integrantes por parte de la autoridad familiar (Gómez y Sánchez, 2020).

Adaptada por Solórzano 2022 de (Jimeno, 2015)

Consecuencias del Trauma Psicológico en la Infancia

Las repercusiones de un trauma psicológico se generan a modo de postrauma. Destaca Caballo y Camacho (2000) afecta distintas áreas del sujeto: cognitiva, afectiva, conductual, relacional. Cada área emite diversas patologías de acuerdo con su afección:

Cuadro 2. Consecuencias de los Traumas Psicológicos en la Infancia

Área Cognitiva	Trastornos de identidad, trastornos cognitivos, trastornos de disociación.
Área Afectiva	Trastornos del estado del ánimo, déficit en la empatía y baja autoestima.
Área Conductual	Comportamientos violentos, agresivos, autodestructivos y autolesivos.
Área Relacional	Trastornos del apego, asertividad con el medio y déficit en la resolución de problemas.

Adaptada por Solórzano 2022 de (Caballo y Camacho, 2000)

Por otro lado, según Pereda (2010) los problemas y traumas emocionales causan negligencia de obligaciones, conductas de riesgo, sensación de inseguridad o falta de protección y baja autoestima en el sujeto, y varios casos de autolesiones parasuicidas y suicidio. Los problemas derivados del trauma infantil psicológico se presentan en diversas áreas como:

- Problemas de relación, en donde, se presenta aislamiento, ansiedad social, pocas relaciones afectivas, parejas inestables y déficit participativo en actividades sociales. En el caso de tener hijos, se replica las conductas que han vivido.
- Problemas de conducta y adaptación social, el abuso sexual incrementa el riesgo de las conductas delictivas, además, provoca en el sujeto deseo de huir al igual que el maltrato.
- Problemas funcionales, puesto que, se originan dolores que no tienen una justificación médica como: cefaleas, trastornos gastrointestinales, lo que genera problemas de salud graves. Añade también, el consumo excesivo de drogas lícitas e ilícitas.
- Problemas sexuales, en especial al tratarse de abuso o violación, debido que, origina sexualidad insatisfactoria, gran número de parejas y conductas de riesgo como: relaciones sexuales sin protección y precoz.
- Revictimización, la cual, posteriormente tiene mayor intensidad si es físico o corporal.
- Transmisión Intergeneracional, a causa de los aprendizajes de la infancia, se reproduce la creencia con hijos e hijas, en especial el maltrato físico y la negligencia.

Inclusive en estudios realizados en Ecuador por Villacis (2020) en la ciudad de Babahoyo a una población de 35 adultos, se recopiló información acerca de las consecuencias a largo plazo de los traumas psicológicos infantiles. Se centró en el área cognitiva y emocional y usó técnicas de observación directa, test psicométricos y entrevistas semiestructuradas. Y se abordó desde el enfoque cognitivo conductual en la terapia de autonomía, la cual, ayuda a enfrentar diversas situaciones traumáticas que generan estrés, ansiedad, depresión y sobre todo reducir pensamientos perjudiciales para el individuo o autodestructivos.

Los traumas que actúan de forma crónica en el individuo generan trastornos complejos que alteran al sujeto en todas sus áreas. Esto se refleja en sus acciones y afecta la capacidad de regulación de impulsos y tolerancia al malestar en eventos del día a día. Cabe destacar, que existe un déficit atencional y somatización grave como: sudoración, nerviosismo, temblores en diversas partes cuerpo, taquicardia, intranquilidad e ideas negativas, el cual, compromete mente-cuerpo. A raíz de esto, se origina la dificultad para comunicarse con su exterior de forma adecuada, puesto que, concretar relaciones sociales, afectivas y laborales suelen ser un reto (Cervera, López-Soler, Alcántara-López, y Castro).

Métodos de Evaluación de Traumas Infantiles

Entre los diversos cuestionarios o test existe el CTQ-SF o *The Childhood Trauma Questionnaire Short Form* proporcionado por los autores Bernstein y Fink en el año de 1997. Este instrumento, se originó a causa del concepto adversidad infantil, el cual, investiga los eventos negativos o experiencias traumáticas ocurridas durante la niñez. Consta con 28 ítems con una escala Likert que va desde nunca o 0 a muy a menudo o 5. Tiene una duración de cinco a 10 minutos y considera cinco tipos de traumas infantiles: abuso emocional, abuso sexual, abuso físico, abandono físico y abandono emocional. Cada uno con su coeficiente de Cronbach en su versión en español AE: 0,87; AF: 0,89; AS: 0,94; NE: 0,83; NF: 0,66 (Behn, y otros, 2020).

También, la Escala de Trauma de Davidson o DTS que evalúa 17 síntomas para detectar el estrés postraumático con su respectiva gravedad y frecuencia. Su

calificación de escala Likert es 0 o nunca y 4 o gravedad extrema. Se analiza con el DSM IV según los trastornos consecuencia que se desee evaluar. El instrumento tiene un alfa de Cronbach de 0,92 en frecuencia y 0,94 en gravedad (Villafañe, Milanesio, Marcellino, y Amodei, 2003). Por otro lado, The Early Trauma Inventory o ETI de 56 ítems de sí y no, que mide el abuso sexual, abuso emocional y violencia física. Su versión corta consta de 27 ítems y evalúa el trauma con las mismas variables. Sus propiedades psicométricas, se sitúan entre 0,86 y 0,92 (Ordoñez, y otros, 2016).

Por último, el ExpTra-S de dos escalas de 18 ítems con respuestas tipo Likert de 0 o nunca a 3 casi siempre. Evalúa el maltrato infantil, el abuso sexual, físico, maltrato y abandono emocional y físico. El último ítem, detecta otro tipo de trauma infantil que ha originado malestar. Su consistencia es de 0,96 con índices de discriminación más altos de 0.30. Se usa para valorar la sintomatología psicótica, psicosis y en pacientes con patologías mentales severas. Por lo que, los estudios muestran que pacientes con esta condición que han experimentado alucinaciones auditivas acarrear abuso sexual, físico y emocional, que quienes nunca han tenido dichas alucinaciones y afirma que está ligada a las experiencias traumáticas (Paino, Ordoñez, Fonseca, García, y Pizarro, 2020).

Métodos de Intervención de los Traumas Psicológicos Infantiles

La intervención de los traumas infantiles en la etapa adulta, se realiza desde los síntomas de estrés postrauma, puesto que, el sufrimiento del acontecimiento manifiesta ansiedad, temor, somatización de enfermedades, alteraciones en la atención y memoria, trastornos del sueño o alimentación, juego postraumático, conductas de regresión y evitación, apatía, pasividad, déficit en el rendimiento escolar, agresividad, delincuencia, labilidad y bloqueo emocional, formación de presagios, aislamiento y disociación. Y crea diagnósticos como: trastorno límite de la personalidad, trastornos de pánico, trastornos de disociación, trastornos somatomorfos, depresión, adicción a sustancias, entre otros (Bruce, 2014).

De acuerdo con esto, la intervención parte desde los signos, síntomas y el tipo de trauma. Por ello, el tratamiento tiene tres fases, la primera para estabilizar y brindar seguridad desde la alianza entre el profesional y el paciente; además, se detecta mecanismos de defensa, falta de regulación emocional, conductas autodestructivas, autolesivas y problemáticas del entorno. La segunda para conectar el acontecimiento traumático y clarificar los comportamientos íntimos fisiológicos, cognitivos, emocionales, sociales y familiares. Y la tercera para la reconexión social, logros y que el paciente de soporte a sus necesidades (Courtois y Ford, 2016).

El objetivo de la intervención para Colombo, De Agosta, y Barilari (2010) en la restauración de traumas, consiste en realzar cinco áreas: el realismo del evento y las emociones dolorosas e insoportables de comunicar, que ocasionan mecanismos de defensa. La negación al enfrentar el trauma y la sensación de temor por el que piensen los demás. Elaboración del sentimiento de culpa al sentir la responsabilidad, por lo que, es importante desconfigurar la evitación y fomentar la reflexión del suceso. El duelo y la reconstrucción, puesto que, al romper el silencio los vínculos, se fracturan de por vida, asimismo, evitar la reproducción del trauma en otros y la victimización. Y la disolución de vínculos para el bienestar emocional y buena calidad de vida del sujeto.

1.2. Aproximaciones Conceptuales de la Psicopatía

Teorías de la Personalidad

La personalidad engloba diversas características del sujeto que permiten conocer cómo se desenvuelve, interactúa, siente o piensa frente a su ambiente familiar, afectivo, social y laboral. Está constituida por la parte biológica heredada por los padres (temperamento) y el contexto en el que se desarrolla y aprende (carácter). Por ello, cada sujeto desde que nace tiene sus propias particularidades individuales, que se estructuran y cambian de acuerdo con los eventos presentes a su alrededor de forma dinámica hasta su consolidación (Seelbach, 2013).

En las teorías psicodinámicas, el psicoanálisis de Freud postula que la personalidad está influida por consciente o las emociones, sensaciones, recuerdos que conoce; preconsciente o material que se manifiesta con sueños; e inconsciente que es inaccesible para el individuo. Y se estructura desde la forma en que el sujeto equilibra las pulsiones evolutivas del Super Yo, que abarca la norma social; el Yo que discierne la información del exterior y el Ello encargado del deseo e instinto. Y en función de la madurez de ciclo vital, se constituye la personalidad (García, 2021).

Por otro lado, el modelo cognitivo conductual ve a la personalidad como un proceso de internalización, que involucra la modificación del fenómeno social y psicológico. Los sentidos, la percepción, memoria, atención y lenguaje se integran desde el exterior al aprendizaje interno (Cloninger, 2002). Por lo tanto, la forma en que interpreta y entiende el conocimiento, dirige su desenvolvimiento. Por ello, menciona Vygotsky que los esquemas básicos van simples a complejos y emergen del contexto histórico cultural (Rodrigo, 1999).

Desde el punto de vista conductista destaca Watson (1945) que la personalidad es considerada como una suma de eventos, que se consolidan desde el estímulo largo o permanente de la observación real. Según Skinner (1991) también, está compuesta por un locus, donde, se unen aspectos biológicos y sociales. Y deduce Staats (1997) que es una construcción conceptual de un conjunto de varias respuestas relacionadas entre sí, que surgen desde la etapa infantil. Desde este punto de vista la personalidad es medible, predecible y controlable, a partir de la evaluación de conductas de cada sujeto (Montgomery, 2020).

Trastorno de Personalidad

Un trastorno de la personalidad, se caracteriza por un déficit en la adaptación comportamental, falta de productividad y conciencia moral deficiente. El DSM IV lo considera como un patrón inflexible de experiencia interna y comportamiento alejado a las expectativas del contexto en el que vive; comienza en la etapa adolescente y principio de la etapa adulta; es duradero y permanente con el paso del tiempo y causa malestar en el individuo (American Psychiatric Association,

2000). Así mismo, el CIE 10 lo define como una alteración persistente en el comportamiento que afecta el estilo de vida y la forma de ser del sujeto con su alrededor y con el mismo. Se manifiestan con premura o rapidez de acuerdo con la vivencia experiencial (World Health Organization, 2019).

El DSM V clasifica a los trastornos en tres grupos, A raros y excéntricos: paranoide, esquizoide y esquizotípico; B dramáticos, emotivos e inestables: antisocial, límite, histriónico y narcisista; C temerosos y ansiosos: evitativo, dependiente y obsesivo compulsivo. Incluye trastornos de la personalidad debido a una afección médica, específicos y no específicos.

Y el CIE 10 los clasifica en dos grandes grupos, trastornos específicos de la personalidad: paranoide, esquizoide, disocial, inestabilidad emocional impulsivo y límite, histriónico, anancásticos, ansioso evitativo, dependiente, específicos y sin especificación. Y trastornos mixtos y otros trastornos de personalidad con variaciones problemáticas no clasificables (Aguero, 2018).

La valoración del funcionamiento o alteración de la personalidad, se establece desde el nivel cero o no mínimo a nivel cuatro o deterioro extremo, por ende, para dar un diagnóstico y adjudicar un trastorno de personalidad los criterios se dan con puntuación de grave o moderado. Toma en cuenta el funcionamiento personal que involucra las características de identidad y autodirección, y el funcionamiento interpersonal que abarca la empatía (cognitiva-emocional) y la intimidad. Así mismo, valora los cinco dominios de los rasgos de personalidad: afectividad negativa, desapego, antagonismo, desinhibición y psicotismo y conocer si son patológicos y disfuncionales para el individuo (Esbec y Echeburúa, 2014).

Personalidad Psicopática

El término psicopatía hace referencia a una alteración de la personalidad que conlleva comportamientos inadecuados derivados del ambiente, sin embargo, el nivel intelectual no se ve influido. Este perfil presenta síntomas en la etapa adolescente y adulta con desconexión emocional, por lo que, los procesos cognitivos, se

disocian con: apatía, malicia, impulsividad, encanto, ausencia de delirios irracionales, seguridad, poca fiabilidad, falsedad, déficit de vergüenza, falta de juicio, ausencia de emociones básicas y actividad sexual promiscua (Castral, 2019). López y Robles (2005) explican la evolución conceptual histórica de la psicopatía:

Cuadro 3. Evolución Histórica del Constructo Psicopatía

Autor	Aporte
Benjamín Rush 1786	Investiga la moralidad, razón, el componente intelectual y la distinción entre el bien y el mal.
Pinel 1809	Alude al desorden psicopático y la dificultad para desarrollar valores éticos con problemas frecuentes en la consecución de la norma.
Pritchard 1835	Lo denomina perversión patológica, moral insanity y déficit en el área comportamental, sentimental, emocional sin afecciones del pensamiento y cognoscitivas.
Koch 1891	Rechaza el precepto de locura moral y da paso a la base biológica.
Kraepelin 1896	Añade los estados o personalidades psicopáticas, no B considera una enfermedad, pero, tampoco algo regular en la conducta.
Meyer 1906	Excluye el término psicosis y diferencia la neurosis de la psicopatía.
Birbaum 1914	Aparece el término sociopatía, a razón del contexto social y su determinante en el desarrollo. Se hace un hincapié que el sujeto psicópata no tiene problemas intelectuales. Y se diferencia la conducta psicópata con la delictiva.
Kretschmer 1921	Habla de la psicopatía desde tipos normales a cuadros extremos patológicos. Destaca un déficit en la adaptación que origina tristeza en el alrededor y en el mismo.
Schneider 1923	Habla de rasgos y la psicopatía como trastorno. Abre paso al diagnóstico de la psicopatía, conductas desviadas e incumplimiento de la norma.
Pichot 1978	Determina 16 criterios para el diagnóstico, en el cual, se diferencian los psicópatas primarios y secundarios.
Hervey Cleckey	Identifica el problema en el área emocional, razonamiento y conducta. Y lo destaca como un trastorno de personalidad.
Robert Hare	

Adaptada por Solórzano 2022 de (López y Robles, 2005)

De acuerdo con Salvador y otros (2015) las características importantes de la personalidad psicopática son la carencia de delirios, manías y no existe alucinación, además, el sujeto no está aislado de la realidad como otras alteraciones mentales, al contrario, luce normal.

Así mismo, en otras investigaciones sobre psicopatía en centros penitenciarios de España mencionan que son sujetos desinhibidos, mezquinos, se dirigen con desprecio a su alrededor, parásito social, audacia, necesidad de estímulos, elocuente, déficit en su organización, suicidio por manipulación, conductas de riesgo bajo el efecto de sustancias, alteración en la intuición (Sánchez, 2019).

Antecedentes de la Psicopatía

Una de las causas principales de la psicopatía es el miedo, impulsividad e inseguridad, que se origina desde una situación extrema, en la cual, el sujeto se ha sentido amenazado y ha enfrentado sólo. Es frecuente en periodos tempranos y provoca inmadurez en las estructuras cerebrales encargadas de los sentimientos, emociones y toma de decisiones (Pujol, Harrison, Contreras, y Cardoner, 2018). En la investigación de Barchino (2020) el consumo excesivo de alcohol, trastorno antisocial y la psicopatía tienen predisponentes similares de abusos físicos, verbales, sexuales y negligencia parental. También, existe comorbilidad entre ellos y origina rasgos de personalidad de intolerancia, apatía, astucia, egocentrismo, rebeldía y rechazo a la norma social.

Por otro lado, influye el componente genético y ambiental, debido que, existe alto riesgo de heredar la psicopatía en hijos biológicos y adoptados, los resultados son del 30 al 44%. En el caso de gemelos su riesgo es del 32 al 71%. Además, es común que los sujetos psicópatas tengan familiares de primer grado con el mismo trastorno (Mejía, y otros, 2004). También, algunos neurotransmisores como la dopamina son más reactivos desde el inicio de su vida y se evidencia desde los tres a cinco años, por lo tanto, es importante la satisfacción interna de sus intereses y su propio placer que el de otros (Calderón, Santana, y López, 2019). Sin embargo, no todos los psicópatas con antecedentes biológicos se transforman en delincuentes (Calderón, Santana, y López, 2019).

Consecuencias de la Psicopatía

Las principales consecuencias de la psicopatía son sociales, morales y legales, puesto que, la conducta psicopática es considerada antisocial. Los sujetos con frecuencia no siguen las normas impuestas y tienen tendencias arraigadas hacia la criminalidad y delincuencia, por ello, los encasillan como individuos con imbecilidad moral. El poco interés hacia el castigo o reclusión dificulta e impide la consecución de relaciones interpersonales-afectivas profundas. Y quienes poseen este perfil con frecuencia llevan estilos de vida parasitarios (Luengo y Carrillo, s.f).

Por otro lado, al existir negligencia o abandono parental y el castigo por los actos no es reforzado, no se potencia el sentimiento de culpa. Y quebranta las reglas de cualquier establecimiento o de la sociedad de forma sencilla. No aprende pautas necesarias de resolución de conflictos y minimiza el efecto que ocasiona en otros. El trasfondo, se genera en la etapa infantil, puesto que, miente para evitar la violencia física, por ende, sigue el mismo patrón de forma indiscriminada en cualquier situación. Y acusa a otras personas y experiencias del pasado por sus actos violentos, criminales, de odio y metas no alcanzadas (Guitart y Alba, 2019).

En el campo laboral las consecuencias interpersonales de las personas con psicopatía varían de acuerdo con el sujeto. Se confieren los méritos, les adjudican errores a sus compañeros incluso si ellos lo cometieron, sin embargo, si el trabajo no requiere un proceder racional, sin emociones y de logro son hábiles. Al ser jefes su comportamiento es de superioridad y cometen acoso y humillaciones. Tienen varias demandas por parte de los empleados y falta de estabilidad en el trabajo, pero, logran adaptarse a corto plazo. Esto a causa de su capacidad para dar buena impresión y tomar decisiones osadas (García, 2020). Además, son despedidos con frecuencia por conductas sarcásticas o burlas ante las políticas y valores de la institución (Solana, 2018).

Tipología de la Psicopatía

La psicopatía se divide en dos, la primaria que hace referencia al componente ambiental y sucesos vitales, los son sujetos muy apáticos y sin conciencia moral, dichas características no son modificables por ser muy marcadas en la personalidad y por el ambiente en el que se desarrolle. La parte psicosocial tiene un déficit y el interés genuino y profundo por el otro se ve dificultado. Y la secundaria, se caracteriza por el componente genético con tendencia neurótica que con lleva emociones hostiles e ira que dirigen a la agresión de los demás. Está más ligada con las experiencias y situaciones violentas de la etapa infantil (Pulido, Flores, y Mendoza, 2021).

También, Hervey Cleckley los divide en psicópatas predelincuentes, quienes cometen delitos sin ser descubiertos, son llamados mente maestra con terno y corbata, exitosos o integrados, debido que, se adaptan socialmente y pasan por profesionales como: abogados, artistas, médicos, políticos, militares, religiosos o psiquiatras. Mienten y engañan para salirse con la suya y escalar en su vida profesional, pero, tiene demencia semántica. Sus criterios éticos en las áreas de su vida son completamente manejados de acuerdo con su conveniencia. Sin embargo, en su historial existe lazos quebrantados con amigos, familia, parejas y compañeros de trabajo (Silberstein, 2020).

Y delincuentes, quienes se encuentran en centros de privación de la libertad o instituciones de salud mental con constante reincidencia, por lo que, son considerados sin éxito. Tienen una fachada de normalidad, en la cual, su entorno familiar y social opaca sus características psicopáticas como manipulación, egocentrismo e insensibilidad (Pozueco, Romero, y Barquero, 2011). Cometen actos criminales, rompen las normas sin ningún problema, tienen poca conciencia y no tienen la capacidad para procesar emociones de tragedia y alegría. Los cargos más comunes son por narcotráfico, robo, homicidio, femicidio, agresión sexual, entre otros. Por último, viven por lo general en ambiente de escasez y pobreza (Dorta, 2021).

Tipos de Psicópatas según Robert Hare

Robert Hare emite dos tipos de psicópatas, según los factores etiológicos, que se dividen en primarios, quienes tienen un déficit constitucional, falta de conciencia moral y violencia instrumental. Añade también, que tienen más marcado las disfunciones afectivas e interpersonales. Y secundarios, quienes necesitan factores desencadenantes derivados de un trauma en el pasado, son más impulsivos, violentos reactivos y responden mejor a los tratamientos de intervención, puesto que, predominan los rasgos conductuales (Andreu, Asunción, y Peña, 2018).

También, los clasifica según su grado de integración como: los psicópatas delincuentes, quienes se caracterizan por ser versátiles en comisión de delitos y

causar sufrimiento, tienen problemáticas económicas, por ello no tienen acceso a oportunidades sociales educativas y laborales. Y los integrados, quienes gracias a su astucia no cometen delitos a simple vista, al contrario, tienen facilidad de palabra para ocultarlo. Son educados e inteligentes y su condición es adinerada, pero, con conductas amorales, antisociales, y vida parasitaria. (Martinez, 2019).

Tipos de Personalidades Psicopáticas

La personalidad psicopática, se formula a partir de la disfunción del área cognitiva, afectiva, interpersonal, intrapersonal y estilo de vida, debido que, es una patología que altera la funcionalidad del ser humano en su vida personal y social. La alteración en el área cognitiva no es intelectual, por lo contrario, tiene visión egocéntrica, narcisista, minimiza, desprecia y es desconsiderado con su alrededor, por lo que, no respeta los derechos del otro. Auto valía excesiva de sí mismo u omnipotencia y percepción hostil con desconfianza, astuta e interpretaciones negativas del exterior (Sevilla, 2020).

Por consiguiente, la alteración en el área afectiva, que hace referencia al temperamento, por lo que, el sujeto no tiene control de la ira visceral e instrumental. Tiene falta de empatía y remordimiento en sus acciones, lo que imposibilita la capacidad para identificar emociones y experimentarlas. También, en el área interpersonal, en la cual, el sujeto impone poder, control y manipulación para convencer al otro y obtener lo que desean. Cumplen sus objetivos a partir del engaño y la amenaza de violencia. Así mismo, el área intrapersonal que se presenta con necesidad de estímulos, aburrimiento, impulsividad e irresponsabilidad (Acosta y Rodriguez, 2019).

Finalmente, la alteración en el estilo de vida la cual, el desarrollo del sujeto es impulsivo, por lo que, son bastantes vulnerables en caer en actos criminales, agredir y matar. Son irresponsables y experimentales, en especial en el campo laboral, dado que, abusan de las sustancias lícitas e ilícitas dentro y fuera del establecimiento, son negligentes en el ejercicio profesional, no respetan las normas éticas deontológicas y frecuentemente no apoyan ni aportan a su familia, aunque

tengan un salario cómodo. Sin embargo, por su capacidad para manipular logran puestos altos y exitosos sin dar a notar su falta de competencia y escalar a costa del conocimiento de otros (Piñuel, 2021).

Existen varios tipos de personalidades psicopáticas, Schneider (1980) propone diez, las cuales, tiene subcategorías:

Psicópatas hipertímicos:

- Hipertímicos equilibrados: Hace referencia a un sujeto alegre, activo, amable, comunicativo, sentimental, gracioso, comedido, son manipulables en cuanto a los juicios propios, falta de lealtad e infidelidad frecuente.
- Hipertímicos excitados: Son individuos alegres y excitados, pero, de actitud desagradable.
- Hipertímicos pendencieros: Son pseudo litigantes, exagerado amor propio, son conciliables, pero, les gusta reclamar.
- Hipertímicos inconstantes: Olvidan con rapidez sus propósitos y lecciones aprendidas a través de la experiencia, tienen confianza y optimismo ingenuo.
- Hipertímicos pseudólogos: Tienen el ego alto y exagerado, se manifiesta en su autoconcepción de sí mismos y la importancia que se da a sí mismo y que le da su alrededor.

Psicópatas depresivos:

- Depresivos melancólicos: Son tímidos con cosas que no son habituales para el sujeto, delicados, amables, flexibles, comprensivos.
- Depresivos malhumorados: Son fríos, egoístas, murmurador, gruñón, con intenciones falsas y perversos.
- Depresivos paranoicos: Desconfiados, propenso a caer en auto referencias, tienen rasgos paranoides.

Psicópatas inseguros de sí mismos:

- Inseguros sensitivos: Son sujetos inseguros de sí mismos, realizan juicios exagerados propios, inflexibles, primero se analizan para despreciar conductas que ellos no realizan y compensan sus inseguridades con acciones extremas.
- Inseguros anancásticos: Son obsesivos a causa de la culpa, violentos y compulsivos.

Psicópatas fanáticos:

- Fanáticos luchadores: Son exagerados en su tenacidad e intrepidez y sobrevaloran sus ideas.
- Fanáticos pacíficos: No son tan activos, son callados, pero, interiormente se dirige con desdén, son extravagantes y con poco sentido realista.

Psicópatas necesitados de estimación:

- Necesitados de estimación excéntricos: Los sujetos llaman la atención, vanidosos y excéntricos frente a los demás.
- Necesitados de estimación fanfarrones: Son petulantes, se vanaglorian, demasiado sobrios, con poca imaginación para mentir o engañar y ansían ser estimados con objetos.

Psicópatas lábiles del estado del ánimo: el sujeto sufre constantemente episodios depresivos que aparecen y desaparecen de forma intensa y llegan con malhumor e irritación. Además, tienen conductas excesivas con sustancias alcohólicas y derroche desmedido de dinero.

Psicópatas explosivos: La descarga energética, se dirige al exterior con acciones violentas, se enfurecen incluso sin motivo y golpean sin reflexión; son impulsivos que llegan a suicidarse.

Psicópatas desalmados: Generalmente son fríos, enojones, no tienen compasión con el otro, falta de arrepentimiento, son antisociales, con poca vergüenza de sus actos y déficit en su moralidad.

Psicópatas abúlicos: Son variables de acuerdo con el ambiente, en el que, se encuentran y poco constantes.

Psicópatas asténicos:

- Asténicos con trastornos corporales: Su organismo, se desconecta y divide al cuerpo de la conciencia; su conducta es normal cuando no está ligada a la conciencia.
- Asténicos psíquicos: su atención es vigilante, auto observación de sí mismo. Tienen disminución de los rendimientos intelectuales e incapacidad para concentrarse. Además, de extrañez, falta de realidad y percepción.

Psicopatía en Hombres y Mujeres

Durante el recorrido de la historia, la mayoría de los estudios sobre psicopatía, se han enfocado en el género masculino, por ello existen pocos estudios disponibles sobre psicopatía en mujeres, sin embargo, en la población carcelaria de Chile la prevalencia de psicopatía en población femenina es del 11,9%. Además, Andershed (2012) destaca que la prevalencia según el PCL-R es entre el 11 al 17,4% de las mujeres y 31% en hombres cometen actos violentos y tienen altos puntajes en los dos factores interpersonal/afectivo y desviación social.

Los delitos que se presentan con gravedad en hombres con perfiles psicopáticos es la violencia física y psicológica de pareja, puesto que, se presentan hostiles, inestables, machistas y con adicciones. Sin embargo, los delitos frecuentes en mujeres es el filicidio y condenas por homicidio detonados por celos a nuevas parejas de sus cónyuges o infidelidad. A razón de esto la mayoría de los casos en las penitenciarías son en relaciones interpersonales, pero, por el entorno en que se desenvuelven las conductas antisociales, se derivan por falta de efectivo para

manutención de familias extensas y pobreza (Echeburúa y Fernández, 2008). Por lo que, mencionan Delk, Bobadilla, y Lima (2017) que existen ciertas diferencias entre la población masculina y femenina en psicopatía

Cuadro 4. Diferencias entre Psicopatía en Hombres y Mujeres

Psicopatía	Hombres	Mujeres
Inicios	Temprana edad	Etapa Matrimonial
Rasgos	Dominación, búsqueda de sensaciones y los delitos frecuentes son: homicidios a desconocidos y familiares, femicidios a parejas sentimentales u otras mujeres, manipulación, intimidación engaño, hurto, robo y estafa, control coercitivo e ingesta grave de alcohol y otras drogas ilícitas.	Engaño, manipulación o negligencia, conductas promiscuas, seducción sexual, inestabilidad emocional, ira, conductas suicidas, consumo de alcohol, puntuaciones altas en ansiedad y comportamiento abusivo.
Número de reincidencia	Mayor	Menor
Trastornos que más se evidencian	Trastorno límite de la personalidad, antisocial y psicopático. Trastorno paranoide y obsesivo compulsivo.	Trastornos del estado del ánimo, trastorno antisocial y psicopático.
Problemas interpersonales	Laborales, afectivos	Afectivos de pareja, por lo general parejas violentas.

Adaptada por Solórzano 2022 de (Delk, Bobadilla, y Lima, 2017)

Métodos de Evaluación de la Psicopatía

Aunque no existe un procedimiento eficaz para adultos con psicopatía, los estudios preliminares de participación dirigidos a trastornos neurocognitivos clave han mostrado resultados prometedores. Debido que, comúnmente es comórbida con otros trastornos psiquiátricos e incrementa el peligro de inconvenientes de salud física, fracaso educativo, accidentes, delincuencia. A propósito, se ha encontrado que las intervenciones enfocadas en los precedentes de las propiedades psicopáticas en chicos y jóvenes son efectivas (De Brito, y otros, 2021).

Al ser un trastorno de personalidad la psicopatía necesita ser diagnosticada, el instrumento principal es el *Psychopathy Checklist* creado por Robert D. Hare. Inicialmente los procesos de diagnóstico no eran fiables, por lo que, se incursionó en el uso de la escala PCL y se brinda evaluaciones confiables en la detección de psicopatía sin discriminar grupos étnicos o socioeconómicos. El primer PCL, se

desarrolló en el año 1980 de 22 ítems. Después, se mejoró la prueba y dio lugar al PCL-R entre 1991 y 2003, una escala de evaluación conductual psicopática de 20 ítems. La evaluación, se basa en una entrevista semiestructurada que toma en cuenta archivos penitenciarios, entrevistas a familiares o antecedentes psicológicos (Reglero, 2020).

El manual marca como psicópata a las personas que obtienen 30 sobre 40, sin embargo, otros autores recomiendan menorar el puntaje inicial en mujeres y europeos. Se ha distinguido entre “psicópatas” y “no psicópatas” para comparar los resultados más altos con los más bajos en las pruebas PCL-R, no obstante, esta prueba, también, tiene la función de determinar, reincidencia violenta, futuros comportamientos criminales o dañinos ante la sociedad e indagar de forma profunda todas las áreas de sujeto y experiencias alrededor de su vida (Sellbom, 2020). Destaca Hare (1991) PCL-R contiene 20 rasgos clasificados en dos factores y diferentes facetas, de la siguiente manera:

- Factor 1 - Interpersonal/Afectivo:
 - Faceta 1 – Interpersonal: Locuacidad y encanto superficial, sentido desmesurado de auto valía, mentiroso patológico, estafador/engañador y manipulador.
 - Faceta 2 – Afectiva: Ausencia de remordimientos o sentimientos de culpa, afecto superficial y poco profundo, insensibilidad afectiva y ausencia de empatía, incapacidad para aceptar la responsabilidad de sus propios actos.
- Factor 2 – Desviación Social:
 - Faceta 3 - Estilo Impulsivo/ Irresponsable: Necesidad de estimulación y tendencia al aburrimiento, estilo de vida parásito, ausencia de metas realistas a largo plazo, impulsividad, irresponsabilidad.
 - Faceta 4 – Antisocial: Pobre autocontrol de sus conductas, problemas de conducta en la infancia, delincuencia juvenil, revocación de la libertad condicional, versatilidad criminal.
- Ítems que no saturan en ningún factor ni faceta: conducta sexual promiscua, frecuentes relaciones maritales de corta duración.

Por otro lado, el *Modified Child Psychopathy Scale* Lynam y Gudonis (2005) conformado por 55 preguntas de verdadero o falso representados con 1 y 0. Su fiabilidad es de 0,41 y 0,74. Evalúa dos factores, el primero, se encarga de recoger información acerca de la parte afectiva e interpersonal del sujeto como: locuacidad, falsedad, manipulación, ausencia de culpa, pobreza de afecto, insensibilidad, informalidad y grandiosidad. El segundo, se enfoca en la susceptibilidad al aburrimiento, estilo de vida parasitario descontrol conductual, déficit en la planificación impulsividad y ausencia de responsabilidad.

Finalmente, el *Psychopathy Inventory o PPI* (Lilienfeld, 1990) que detecta rasgos de psicopatía a partir de 187 ítems que evalúa en escala Likert de 4 puntos. Emite 8 factores que son egocentrismo maquiavélico, capacidad social, insensibilidad al miedo, frialdad emocional, inconformismo compulsivo, ausencia de metas para el futuro, atribución externa de la culpa, inmunidad al estrés. Considera la detección de respuestas problemáticas como: la facilitación de una imagen positiva y fingirse otra persona y respuesta al azar. Es un instrumento dirigido a poblaciones no delincuentes o para detectar la psicopatía integrada (Neumann, Crombez, Uzieblo, y Hare, 2013).

Métodos de Intervención de la Psicopatía

Uno de los métodos de intervención de la psicopatía y el comportamiento antisocial ha sido el tratamiento farmacológico, por lo que, se ha usado inhibidores de la resorción de serotonina, litio para controlar las conductas agresivas y en delincuentes con antecedentes sexuales medicamentos para bajar la producción de testosterona. Se utiliza para que en la psicoterapia los individuos sean manejables, sin embargo, los avances son temporales. Por lo tanto, es importante que el enfoque de la intervención grupal o individual sea de acuerdo con el contexto y se evalúe los riesgos antes, durante y después del procedimiento para garantizar su efectividad (López, 2009).

Independientemente del método usado, el enfoque no se trata del cambio de la personalidad psicopática del sujeto. Por lo que, las sesiones se dirigen al aprendizaje, habilidades sociales para expresar, autocontrol de impulsos criminales y respeto por la comunidad (Raine y Sanmartin, 2000). Es importante disminuir la gravedad y frecuencia en la que se presentan las conductas desde el pensamiento. Y, por último, se trabaja desde el abandono de la violencia física y psicológica de las conductas relacionadas al acoso e intimidación. Con ello los resultados están dentro del 30 a 60%. No obstante, si el paciente es extremadamente violento la efectividad es del 5 a 10% (Santisteban, 2016).

Entre las características destaca Hare (1999) que los programas de intervención para la psicopatía tienen técnicas de prevención de recaídas, amplio conocimiento teórico, y dar relevancia a las responsabilidades de los participantes. Hacen un hincapié Polaschek y Ross (2010) en que el plan no solo se desarrolla empatía cognitiva si no emocional. Proponen Lösel y Bliesener (2003) que el tratamiento es intensivo y adaptativo para evitar el abandono, por ello, es importante crear un ambiente controlado penitenciario, cubra con las necesidades delictivas, seguimiento regular y profesionales con experiencia en la aplicación e intervención en psicopatía.

Aunque la psicopatía tiene pocos estudios en intervención, con el pasar del tiempo han creado procedimientos psicoterapéuticos favorables que van más allá de lo farmacéutico como: el enfoque cognitivo conductual. El cual, se basa en la disminución de distorsiones cognitivas, resolución de problemas, dependencias de sustancias psicotrópicas, aprendizaje de actitudes y modelos psicosociales. Es importante tomar en cuenta que, los sujetos con perfiles psicopáticos reaccionan con efectividad a los refuerzos positivos y recompensas que al castigo (Hernández, 2014).

Relación entre los Traumas Psicológicos en la Infancia y Psicopatía

Como se mencionó anteriormente, los traumas infantiles tienen gran impacto en la vida del ser humano, por ello, al ser una situación extrema y negativa y de acuerdo

con su característica de duración, afecta a largo plazo en la etapa adulta en sus relaciones afectivas y toma de decisiones. Existe efectos a nivel cerebral, en los cuales, se relaciona con un trastorno o patología. Y está estrechamente ligado con varios factores de riesgo ambientales, familiares y sociales de la infancia, debido que, son quienes determinan el comportamiento delincinencial y criminal (Salvador, s.f).

Desde la perspectiva biológica, se involucran los eventos traumáticos con la psicopatía y sus características como: conductas antisociales, agresividad con su alrededor. Esto ocurre a través de un déficit de estimulación en las etapas tempranas (negligencia - abandono) y afecta el procesamiento de información de las regiones prefrontales hacia la amígdala. Además, los eventos de ansiedad y estrés extremo inestabilizan los neurotransmisores de dopamina y serotonina. Se añade, que presentan una alteración en secreción de oxitocina en la infancia por maltrato infantil, puesto que, provoca problemas psicosociales y adaptativos (Veloso, 2020).

En el estudio realizado por Borja y Ostrosky (2009) a partir de una entrevista semiestructurada y la aplicación del Inventario de Trauma Temprano en la penitenciaria varonil de la Ciudad de México, se encontró que los reclusos de alta seguridad con niveles altos de psicopatía han vivido más abuso emocional, sexual y situaciones de estrés a comparación de quienes tienen puntajes bajos. Así mismo, el abuso físico como castigo es el mayor potenciador y arrojó puntajes altos y moderados. Por último, el abuso emocional rompe lazos afectivos y causa dificultad para empatizar; por lo que, mientras más alto puntaje más agresivos y más mecanismos de afrontamiento y de defensa inadecuados.

1.3. Intervención Psicológica

La intervención psicológica, se da al existir un problema o crisis de forma individual o grupal con necesidades en común. Se basa en la aplicación de principios y técnicas de un profesional acreditado, para entender, minimizar y superar el malestar, prevenir la ocurrencia de estos y/o potenciar habilidades y desarrollar

estrategias de sostenibilidad. Así mismo, propone evaluaciones empíricas de los efectos positivos o negativos del trastorno para ser modificado (Bados, 2008). Por ende, es importante conocer tamaño, lazos emocionales significativos, relaciones frías, formales e indirectas, conciencia de pertenencia, prejuicio, apatía, metas y reglas en común, menor o mayor voluntariedad, heterogeneidad y homogeneidad (Balarezo, 2017).

Para iniciar la intervención individual o grupal es necesario obtener el consentimiento y disconsentimiento informado, con el fin de legitimar el proceso de forma voluntaria, la aplicación de reactivos psicológicos y el abandono en cualquier momento. El cual, hace referencia al respeto a la autonomía y ética de los profesionales a cargo. Así mismo, obtener el compromiso de los participantes en el tratamiento para tener respuestas favorables y sostenibles en el futuro. Por ende, protege el bienestar de los sujetos desde el inicio hasta el fin del proceso psicológico (Ferrero, De Andrea, y Lucero, 2019).

Las particularidades de los participantes son inestabilidad, miedo, dependencia y desigualdad social. Así pues, el plan de intervención consta de secuencia y lógica según la problemática y actividades de los participantes. Con métodos y técnicas dirigidos de acuerdo con los objetivos y las experiencias para minimizar problemas futuros. Por esta razón, las características del profesional son la capacidad de autodirección, habilidades sociales, competencia profesional cognitiva, afectiva, comportamental y ambiental; y experiencia en el área de intervención. Así mismo, respeto por los sentimientos, deseos, opiniones, creencias y actitudes de los actores sociales (Del Prette, Del Prette, y Mendes, 1999).

Niveles de Intervención

Los niveles de intervención actúan como control de patologías y enfermedades, puesto que, dan importancia a la etapa en la que se encuentra el sujeto o la población para dar el tratamiento adecuado que contribuya con su calidad de vida y recuperación. La salud pública, se encarga de detectar las problemáticas a tiempo, por ello, la más recomendable es la intervención primaria, puesto que, es

la clave para evitar la aparición de patologías mentales. Y las actividades que se ejecutan se dirigen a la prevención de una población específica con afecciones similares como: psicoeducación por medio de talleres, exposiciones, charlas (Fernandes, Carmo, y Jiménez, 2009).

Por otro lado, la intervención secundaria, se basa en la detección de signos y síntomas que estén en fases tempranas, con el fin de impedir o retardar en desarrollo de las patologías. En este caso la acción es inmediata, oportuna, urgente y a tiempo. Usa medicamentos y minimiza la sintomatología para que no tenga efectos graves. Y la intervención terciaria, se presenta para rehabilitar daños avanzados o patologías. Usa el tratamiento psicológico para problemas incurables, reducir el dolor, emitir estrategias de reintegración y adaptación a la sociedad y bienestar emocional (Vignolo, Vacarezza, Álvarez, y Sosa, 2011).

Tipos de Intervención Psicológica

En la actualidad, se han desarrollado diversos tipos de terapias psicológicas, las cuales, tienen un enfoque específico y diferentes concepciones de acuerdo con la necesidad. Se ha creado modalidades grupales con el objetivo de obtener mayor alcance que el tratamiento individual. Tiene excelentes resultados y en el mismo tiempo. Su ventaja principal es la facilidad de intercambio de información y experiencias a nivel social, por lo que, la modificación de la conducta es más eficiente. Los modelos más reconocidos son: psicodinámico, existencial, terapia sistémica, cognitivo conductual y neuropsicológica (Balarezo, 2017).

El modelo psicodinámico, se enfoca en los acontecimientos del pasado y cómo han influido en el transcurso de la vida del sujeto. Se basa en las fases psicosexuales, procesos de insight y reestructuraciones emocionales, por lo que, resalta al inconsciente y los eventos reprimidos. Es de larga duración, dado que, el proceso prioriza la evolución del sujeto y busca alivio a los síntomas de forma paulatina y no inmediata (Sierra, 2019). Además, al tratarse de un grupo resalta la adaptación e integración, debido que, su desarrollo se basa en los lazos sociales armónicos.

Por ello, toma en cuenta vecinos, familia, amigos y su contexto cultural (Pérez, 2020).

La orientación existencial basada en el presente y resolución de conflictos actuales a partir del aprendizaje y conductas observables. Usa interpretaciones que confrontan a los sujetos frente a sus problemáticas y enfatiza el alivio de los síntomas más que el desarrollo personal. Por lo que, la intervención se basa en el aquí y ahora; y prioriza la capacidad de comprensión de la historia personal en sentido de su existencia (Luna, 2011). El objetivo es fomentar el cambio de su personalidad a partir de la destrucción de preconcepciones y prejuicios individuales. Además, usa el diálogo terapéutico para transformar su realidad (Sassenfeld y Moncada, 2006).

La terapia sistémica que trabaja con el desarrollo familiar como un sistema biopsicosocial, en donde, se analiza actitudes y control de ansiedad. Se enfoca en técnicas de modificación de predisposiciones, descanso, entrenamiento autógeno y hace uso de hipnosis grupal. Se añade que, se caracteriza por las estructuras y la comunicación de los miembros. Plantea una terapia holística entre la familia y sus subsistemas. Prioriza la relación entre los miembros, el desarrollo correcto de los roles y el cumplimiento de sus necesidades. Por ello, las sesiones son de acción, dado que, cambia el sistema, detecta el problema y mantiene la homeostasis (Moreno, 2018).

La terapia cognitiva conductual, se basa en el aprendizaje centrado en el problema. Usa la reestructuración, relajación, paradoja, desensibilización sistemática, exposición y administración de refuerzos (Bornas, Rodrigo, Barceló, y Toledo, 2002). Su objetivo es modificar el nivel conductual, fisiológico somático, emocional y cognitivo (Díaz, Ruiz, y Villalobos, 2017). Por lo que, se transforma las creencias centrales para que no se den pensamientos automáticos, o sean, identificados y construir cogniciones adaptativas. Su duración es de diez a veinte sesiones y el alivio de los signos y síntomas, se evidencia desde la semana cuatro a seis (Puerta y Díaz, 2011).

La terapia neuropsicológica, se dirige a la rehabilitación de trastornos del lenguaje, percepción, memoria y funciones ejecutivas. Su fin es restablecer las habilidades en el sujeto, en especial en la niñez o con problemas asociados al envejecimiento y frenar el deterioro de habilidades. De acuerdo con la alteración y población se realiza de forma individual o grupal (Arango, 2013). La estimulación va dirigida a las capacidades del sujeto en el área cognitiva, afectiva, conductual, social, familiar y biológica, de forma que actúa a nivel integral. Lo que con lleva a reestablecer el equilibrio después de una lesión o condición neurodegenerativa (Villalba y Espert, 2014).

Terapia Dialéctica Conductual

Una de las terapias de tercera generación derivada del enfoque cognitivo conductual es la dialéctica conductual, creada por Marsha Linehan en los años setenta. Va dirigida al trastorno límite de personalidad, manejo de emociones, y consecución de relaciones interpersonales menos caóticas, inestables y desadaptativas. Así mismo, la desregulación conductual, se presenta con agresión, robo, consumo excesivo de sustancias y conductas sexuales de riesgo. Y la desregulación cognitiva que, se da a través de eventos de estrés y se refleja con disociación y paranoia. En este sentido, las conductas delictivas de los psicópatas delincuentes en general con llevan emociones exacerbadas de impulsividad, pasados traumáticos e inestabilidad con sus interacciones (Méndez, 2019).

La terapia es eficaz porque abarca diversas problemáticas como ideación suicida, conductas autolesivas, impulsividad, consumo y traumas psicológicos infantiles con el objetivo de brindar herramientas y estrategias de aceptación y cambio en el sujeto. En las penitenciarías por lo general, se observa estos signos, por lo tanto, el tratamiento reduce la conducta agresiva y potencia la estabilidad emocional, el control de angustia y disminuye la ansiedad de reclusos. A razón de esto, se tiene mejores resultados y crea un espacio óptimo, seguro y sujetos saludables dentro del contexto de rehabilitación social (De la Vega y Sánchez, 2013). Por lo que, dentro de la propuesta de intervención es pertinente utilizarla para trabajar con las variables traumas psicológicos infantiles y psicopatía.

Puesto que, emite cuatro estrategias: tolerancia al malestar, que contribuye con la resiliencia y afrontamiento de sentimientos dolorosos; atención consciente mindfulness, que emite herramientas para orientarse en el momento actual y no en las experiencias dolorosas pasadas, además, ayuda al sujeto a eliminar juicios negativos sobre sí mismo; inteligencia emocional, que ayuda a moderar sentimientos y emociones intensas; y eficacia interpersonal que emite herramientas para consolidar relaciones de respeto. Al finalizar el entrenamiento, hay un apartado para integrar todo lo aprendido y ejecutarlo en momentos de crisis en el futuro (McKay, Wood, y Brantley, 2017).

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Diseño de la Investigación

Un paradigma es un modelo que no está formulado, pero, se muestra de forma implícita. Contribuye con la orientación metodológica y las características singulares de la investigación. Por lo que, el presente estudio, se encamina desde el paradigma positivista, el cual, es cuantitativo, analítico, racional, sistemático y científico tecnológico. Sirve para medir riesgos sociales exponentes de forma cuantitativa para predecir, dar respuestas eficaces a problemáticas de grupos en común y ejecutar soluciones en escenarios reales (Ricoy, 2006). Por último, es un generador de cambio y transformación de una determinada dificultad social con intereses y fines similares de bienestar (Loza, Mamani, Mariaca, y Yanqui, 2020).

Por otro lado, el estudio para la primera fase es descriptivo, cuantitativo, no experimental de corte transversal para determinar las particularidades de la población. Mientras que, en la segunda fase en el diseño de la propuesta, se empleó un estudio de concordancia de observaciones a través de un comité de expertos para la validez de contenido. En una muestra de 87 personas privadas de libertad PPL, 45 hombres y 42 mujeres en la etapa adulta con nivel de escolaridad básica, media, superior y universitaria del Centro de Privación de la Libertad Tungurahua 1. Por lo que, se usó técnicas psicométricas, ficha sociodemográfica, carta de consentimiento informado y permisos pertinentes de la institución.

Su modalidad es cuantitativa, puesto que, se caracteriza por tener datos objetivos y sólidos. Se asocia con las demás investigaciones al cuantificar sus relaciones y la fuerza con la que permite que una hipótesis tenga relevancia o sea descartada en un estudio o investigación. Usa el método deductivo con afirmaciones de acuerdo con lo científico y veraz (Pita y Pértegas, 2002). Finalmente, en el estudio da lugar a la verificación de las tres variables traumas infantiles, psicopatía e intervención psicológica a partir de datos comprobados y compactados entre sí (Monroy y Nava, 2018).

Es de corte transversal, debido que, se caracteriza por la observación con dos propósitos importantes, el estudio analítico y descriptivo. Además, tiene prevalencia o encuesta, puesto que, identifica la frecuencia, magnitud y distribución del fenómeno o patología. Mide con precisión los registros y representaciones de la población para confirmar la presencia epidemiológica de la enfermedad. Y permite la exploración de las variables y ver sus efectos. Por lo tanto, garantiza la confiabilidad y validez de las hipótesis de las investigaciones (Rodríguez y Mendivelso, 2018).

Cabe destacar que, es no experimental, a razón de ello, se usó exploración por parte de los examinadores y no la intervención de campo. No manipula ni controla ninguna variable de forma aleatoria ni con intención y se limita a la observación de la población en su realidad natural. Por ello, solo se miró el comportamiento y desenvolvimiento de las personas privadas de libertad o PPL en el Centro Penitenciario Tungurahua 1 al momento de aplicar los instrumentos psicométricos y responder los cuestionarios para medir la psicopatía y traumas psicológicos infantiles (Álvarez, 2020).

Tiene alcance descriptivo, puesto que, se caracteriza por la especificación y registro minucioso de particularidades homogéneas de la población, y comprender sus propiedades según la problemática del contexto (Monroy y Nava, 2018). Permite predecir y explicar el modo de las conductas con el componente teórico correcto pasado y actual de las variables (Arias, 2021). Por lo tanto, se describe los perfiles psicopáticos y el tipo de trauma psicológico infantil de las personas privadas de libertad, a partir de la emisión de instrumentos fiables para crear la propuesta de acuerdo con el diagnóstico y contribuir con las necesidades más urgentes.

Y concordancia de observaciones dentro de la propuesta de intervención, a causa de la comparación de juicios por un comité de expertos en la ejecución de propuestas de intervención. Todas las interpretaciones y opiniones consisten con precisión, consistencia, conformidad y correspondencia. Por lo que, la fiabilidad, validez y calidad de contenido, se establece desde el registro del cumplimiento de directrices (Klimovsky y Hidalgo, 1998). Dentro de este estudio, se usó el

coeficiente Aiken para validar la propuesta y profesionales de la psicología con experiencia en el contexto carcelario.

2.2. Técnicas e instrumentos

Las técnicas son procedimientos que llevan una organización lógica para obtener información necesaria y completa de las variables para cumplir con los objetivos de la investigación. Su característica principal es descubrir procesos y evolucionarlos a través del conocimiento científico y la comprobación (Vásquez, y otros, 2011). Su utilidad es para recoger datos cuantitativos con estrategias que funcionan en diversos contextos de forma manual o en línea (Gómez, 2021). Por ello, se utilizó la entrevista psicológica, observación estructural, encuesta y estadística.

La entrevista psicológica es una conversación entre el entrevistador y el entrevistado, en donde, se evalúa componentes verbales y no verbales. Por lo que, es un proceso de doble vía que cuenta con la recolección de información de forma confidencial (Perpiñá, 2012). Aquí, se abre un espacio interactivo entre el profesional y el paciente, por ende, es importante el rapport, contener el malestar, angustia, ansiedad y estimular la expresión para recolectar la mayor información posible e identificar el motivo de la demanda para la planificación del proceso terapéutico (López, 2017).

La observación estructural recoge datos controlados de forma sistemática y clasificada con el fin de categorizar patologías y cuantificarlas. Por lo que, usa un método de diario de campo o paso a paso de vigilancia que con lleva instrumentos (Campos y Martínez, 2012). Es necesario que el investigador responda el para qué, a quién, por qué, con qué instrumentos, con qué grado de inferencia observar, en qué situaciones y cómo usar la información obtenida. Por ello, el registro tiene espontaneidad en los hechos y los fenómenos son estudiados tal como ocurren en su contexto (Díaz, 2011).

La encuesta es cuantitativa, contribuye de forma rápida y eficaz los datos para la investigación. Es estandarizada al analizar muestras amplias, por lo que, realiza

aplicaciones masivas en comunidades para evaluar fenómenos representativos en distintas realidades (Casas, Repullo y Donado, 2003). Es social y se usa en el campo científico por su fiabilidad en la investigación (López y Fachelli, 2015). Se ejecuta de forma virtual o impresa de acuerdo con la disponibilidad de los participantes y las preguntas son acorde a una temática de interés y con propósitos específicos (Piacente, 2009).

Para el análisis de datos, se usa la estadística, puesto que, es la ciencia que recoge, agrupa, analiza e interpreta datos para discriminar la realidad de la teoría. Por tanto, da paso al investigador de deducir, tomar decisiones y sacar conclusiones desde la información de la muestra poblacional a partir de fórmulas (Ross, 2018). Tiene dos tipos la descriptiva que representa particularidades cualitativas de un grupo, e inferencial que deduce, concluye y va más allá de la información observable para comprobar, contrastar y correlacionar hipótesis (González, Escoto, y Chávez, 2017).

La técnica estadística que, se usó en el presente estudio es *Statistical Package for the Social Sciences* SPSS, una plataforma de análisis estadísticos y técnicas con alta definición gráfica para producir datos de acuerdo con el método comparativo, correlacional, entre otros y objetivo de la investigación (Purwanto, Asbari, Iman, Sunarsi, y Lham, 2021). Facilita datos confiables y manifiesta respuestas apropiadas a distintas problemáticas sociales. Se maneja a través de elementos o variables que interactúan en subsistemas con efectividad al transformar encuestas, entrevistas y cuestionarios en datos cuantitativos y cualitativos (Pedroza y Dicoysky, 2007).

Los instrumentos son técnicas de evaluación psicométricas que tienen validez y confiabilidad, que miden constructos para conocer su congruencia y precisión. Por lo tanto, va de acuerdo con el objetivo a estudiar. Se enfoca en generar diagnósticos, hipótesis y tomar decisiones frente a los resultados cuantitativos obtenidos. Explora fenómenos o patologías de interés desde condiciones éticas y con uso competente profesional y supervisado (Argibay, 2006). Por último, recolecta información alusiva a las características y procesos de memoria, atención,

inteligencia, emociones, entre otros, con el objetivo de predecir conductas y capacidad de aprendizaje (González, 2007).

En primera instancia, se recogió información desde la ficha sociodemográfica, la cual, está diseñada para administrar variables pertinentes del contexto social y personal de los participantes que sea de interés para el investigador y la investigación. La información relevante de los participantes es respondida de forma cualitativa o cuantitativa, por ello, usa la estadística demográfica de las características, estructuras, tamaño, y geografía poblacional. Los datos son provechosos para el diagnóstico y contribuyen con el incremento de estrategias y políticas públicas (Mendieta y Estrella, 2008).

Se evaluó con el instrumento *Psychopathy Checklist Revised* PCL-R (Hare, 1991) con su adaptación en español (Moltó, Poy, y Torrubia, 2000) el cual, se aplica desde los 12 años a hombres y mujeres. Se usa con frecuencia en las poblaciones penitenciarias, ejercicio clínico y forense con sujetos de nacionalidad española, y latinoamericana. Se creó para detectar y predecir la reincidencia de la conducta delictiva después de una condena. Se basa en una entrevista semiestructurada que, se asocia con fuentes indirectas; archivos penitenciarios, entrevistas a familiares o antecedentes psicológicos. Consta de 20 ítems para la calificación y un cuestionario tiene 126 preguntas con una duración de 90 a 120 minutos. Los 20 ítems se distribuyen en:

Cuadro 5. Ítems Psychopathy Checklist Revised PCL-R

Ítem	Significado
1	Facilidad de palabra
2	Sentido desmesurado de auto valía
3	Necesidad de estimulación
4	Mentiroso patológico
5	Estafador manipulador
6	Ausencia de remordimiento
7	Afecto superficial
8	Insensibilidad afectiva
9	Estilo de vida parasitario
10	Pobre control de la conducta
11	Conducta sexual promiscua
12	Problemas de conducta en la infancia
13	Ausencia de metas realistas
14	Impulsividad
15	Irresponsabilidad
16	Incapacidad para aceptar la responsabilidad de sus propias acciones
17	Frecuentes relaciones maritales de corta duración
18	Delincuencia juvenil
19	Revocación de la libertad condicional
20	Versatilidad criminal

Adaptada por Solórzano 2022 de (Reglero 2020)

Sus propiedades psicométricas en el alfa de Cronbach son altas en el total de los cuatro factores 0,94; y la prueba-reprueba CCI= 0,83; IC 95% - 0,91 (García, y otros, 2008). Así mismo, en la versión chilena el total del alfa de Cronbach de 0,91 y en el factor 1: 0,86; factor 2: 0,87; factor 3: 0,67; factor 4: 0,77 (León, Asún, y Folino, 2010). En cuanto a la población carcelaria cubana la confiabilidad y validez es de 0,91 (Medina y Couso, 2013). Dentro de la presente investigación, se encontró en el factor uno 0,81 y en el factor dos 0,85 en alfa de Cronbach, lo que resulta una fiabilidad y consistencia óptima en la prueba PCL-R.

Finalmente, se evaluó desde CTQ o *The Childhood Trauma Questionnaire* (Bernstein y Fink, 1998), con su adaptación en español (Behn, y otros, 2020), este instrumento pretende investigar los eventos negativos ocurridos durante la niñez, el cual, consta con 28 ítems con una escala Likert que va desde exposición al trauma nula a muy a menudo. Tiene una duración de cinco a diez minutos. Considera cinco tipos de traumas infantiles: abuso emocional, abuso sexual, abuso físico, abandono físico y abandono emocional.

Tabla 1. Ítems de Calificación del Cuestionario de Traumas Infantiles CTQ-SF

Tipo	Ítems
Abuso emocional	3-8-14-18-25
Abuso físico	9-11-12-15-17
Abuso sexual	20-21-23-24-27
Negligencia emocional	5*-7*-13*-19*-28*
Negligencia física	1-2*-4-6-26*
Minimización/Negación	10-16-22

Adaptada por Solórzano 2022 de (Behn, y otros, 2020)

En la tabla 1 los ítems tienen una escala de 5 a 25 y los que tienen asterisco, se suman a la inversa 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1; y el rango para la interpretación en AE: >13 moderado grave, <bajo; AF: >10 moderado grave, <bajo; AS: >8 moderado grave, <bajo; NE: >15 moderado grave, <bajo; NF: >10 moderado grave, <bajo. En base a estos datos su coeficiente es de 0,93 – 0,95; 0,88 – 0,92; 0,84 – 0,89 y 0,81 – 0,86 (Jimeno, 2015). En la siguiente tabla, se encuentra la fiabilidad de la presente investigación a partir del alfa de Cronbach en hombres y mujeres:

Tabla 2. Fiabilidad del Childhood Trauma Questionnaire Short Form (CTQ-SF)

Variable	Sexo	Fiabilidad
Abuso emocional	Masculino	0,773
	Femenino	0,789
Abuso físico	Masculino	0,878
	Femenino	0,822
Abuso sexual	Masculino	0,983
	Femenino	0,875
Negligencia emocional	Masculino	0,778
	Femenino	0,853
Negligencia física	Masculino	0,703
	Femenino	0,771
Minimización/Negación	Masculino	0,837
	Femenino	0,806

Nota: 87 Casos.

En el instrumento de validación de propuestas de intervención, se utilizó el coeficiente de Aiken V para el análisis de concordancia de los expertos. El cual, sirve para cuantificar las decisiones y juicios de los jueces. Evalúa 7 indicadores (planificación operativa, ajuste ético profesional, suficiencia, coherencia, relevancia, organización y relación entre variables) y la factibilidad (relación costo-beneficio, adaptabilidad). Los valores a nivel estadístico posibles son entre 0-1 mientras más se aproxime, mayor posibilidad de validez de contenido, en el cual, el valor mínimo es de 0,80 (Aiken, 1980). Por lo que, la interpretación tiene el siguiente rango:

Tabla 3. Interpretación de la Propuesta de Intervención

Interpretación	Rango
Deficiente	1-20
Baja	21-40
Regular	41-60
Buena	61-80
Muy buena	81-100

Adaptada por Solórzano 2022 de (Aiken, 1980)

El número de jueces es de cinco en adelante y la conformidad es significativamente alta para tener pertinencia, relevancia y claridad. En la presente investigación, se obtuvo una fiabilidad y validez de 99,58%; la cual, es consistente para su consecución en el Centro Penitenciario Tungurahua 1. La fórmula que se utilizó es:

$$V = \frac{s}{(n(c-1))}$$

2.3. Población, Muestra y Muestreo

Población

Alrededor del Ecuador existen treinta y seis centros de detención divididos en tres: centros de privación de la libertad, centros de privación provisional de libertad y centros de rehabilitación social. El total de personas internas en dichos centros hasta el 28 de enero de 2022 es de 34.821, pero, la capacidad es de 30.169). Es decir, se excede en 4.652. Por otro lado, hay 94% del género masculino y el 6% del género femenino divididas por nueve zonas. La población de interés es el Centro Penitenciario Tungurahua, el cual, se encuentra en la zona 1. Según el registro actual, se encuentran 991 PPL o personas privadas de libertad reclusas, sin embargo, la capacidad máxima es de 450, por lo que, el número de hacinamiento excede en 541 (El Universo, 2022).

Muestra

El estudio es por conveniencia con criterios de inclusión, en el que, se considera un total de 87 personas privadas de libertad hombres y mujeres que tengan entre 20 y 65 años, que se encuentre en el programa educativo del Servicio Nacional de Atención Integral a Personas Adultas Privadas de Libertad y a Adolescentes Infractores SNAI del Centro de Privación de la Libertad Tungurahua 1 de la ciudad de Ambato. Los participantes elegidos, se ajustan a los criterios de saber leer y escribir para la ejecución de los instrumentos psicométricos de evaluación y participación en la propuesta de intervención. Por ende, los participantes electos cursan octavo, noveno, décimo, bachillerato o universidad, puesto que, es importante interpretar, entender y comprender cada uno de los ítems.

Muestreo

En la investigación el muestreo es por conveniencia, debido que, las personas privadas de libertad se encuentran en la línea de grupos vulnerables. Y se necesita ciertas características específicas para la consecución del estudio y la propuesta

de intervención. En este caso es necesario que los participantes se presenten de forma voluntaria con la condición de alfabetizados, además de cursar en el programa Servicio Nacional de Atención Integral a Personas Adultas Privadas de Libertad y a Adolescentes Infractores SNAI. Por último, por asuntos administrativos y de seguridad no se accedió al nivel de seguridad alta y se procedió a tomar las pruebas psicométricas en seguridad baja y media del Centro de Privación de la Libertad Tungurahua 1.

Caracterización de la Muestra

Los participantes hombres y mujeres de la investigación se encuentran en un rango de 20 a 65 años en el Centro de Privación de la Libertad Tungurahua 1 en la ciudad de Ambato, que han padecido de una infancia precaria en cuestiones físicas, sociales y familiares. Los participantes cursan octavo, noveno, décimo, bachillerato de forma presencial ofertado por el centro penitenciario y la universidad de forma online. A continuación, se presenta las particularidades de la muestra en base a su sexo, ciudad de procedencia, identificación étnica, estado civil, identificación religiosa, edad y número de horas de sueño:

Tabla 4. Caracterización de la muestra

VARIABLES	M	DE
Edad	35,87	0,8394
Número de Horas de sueño	6,70	2,047
Sexo	<i>Frecuencias</i>	<i>Porcentajes</i>
Masculino	45	51,7%
Femenino	42	48,3%
Ciudad de Procedencia		
Ambato	54	62,1%
Guayaquil	5	5,7%
Puyo	4	4,6%
Tulcán	1	1,1%
Latacunga	6	6,9%
Quito	4	4,6%
Lago Agrio	2	2,3%
Baños	6	6,9%
Zumbahua	2	2,3%
Quevedo	1	1,1%
Riobamba	2	2,3%
Identificación étnica		
Mestizo	70	80,5%
Indígena	12	13,8%
Afro	4	4,6%
Blanco	1	1,1%
Estado Civil		
Soltero	42	48,3%
Casado	23	26,4%
Unión Libre	17	19,5%
Divorciado	4	4,6%
Viudo	1	1,1%
Identificación Religiosa		
Católica	54	62,1%
Cristiano Evangélico	20	23,0%
Testigo de Jehová	9	10,3%
Mormón	1	1,1%
Otra	3	3,4%
Realiza Actividad Física		
Regularmente	49	56,3%
Ocasionalmente	21	24,1%
Nunca	17	19,5%

Nota: 87 casos

Como se observa, en la Tabla 4, la población de hombres y mujeres no varía significativamente, es de 45 mujeres y 42 hombres. La media de la edad de los participantes es de 35,87. En cuanto a la ciudad de procedencia 54 participantes son de Ambato, el resto proviene de varias ciudades en porcentajes menores. La mayoría se consideran mestizos; de identificación indígena, afrodescendiente y blancos. Así mismo, en su identificación religiosa son católicos, cristianos evangélicos, testigos de Jehová, mormones y de otra religión. Por lo que, aunque estén condenados por delitos graves todos tienen creencias espirituales fuertes que dirigen su vida.

En la variable de actividad física la mayoría, se ejercitan de forma regular; de forma ocasional. Lo que demuestra que realizan méritos para tener reducción de condenas y mantenerse distraídos mientras están confinados. En cuanto a sus relaciones afectivas, la mayoría son solteros, divorciados y viudos, en la entrevista psicológica y respuestas en el PCL-R mencionan tener varias parejas sin compromiso dentro y fuera de la institución. Lo mismo sucede con los participantes casados y en unión libre, pero, en algunos casos con discreción.

Tabla 5. Análisis Familiar

Ambiente Familiar	Frecuencias	Porcentajes
Malo	6	6,9%
Regular	30	34,5%
Bueno	39	44,8%
Muy Bueno	12	13,8%
Situación Económica		
Mala	11	12,6%
Regular	29	33,3%
Buena	43	49,9%
Muy Buena	4	4,6%

Nota: 87 casos

En cuanto al entorno familiar la mayoría respondió bueno 44,8%, pero, existe un 34% que respondió regular y 6,9% malo, por lo que, existen conflictos y déficit en la resolución de problemas de los participantes en el seno de su hogar. La situación económica es buena para la mayor parte 43%, sin embargo, para el 29% es regular y el 11% es mala, por ello, se toma en cuenta que los reclusos tienen falta de acceso laboral que con lleva pobreza e insatisfacción en las necesidades básicas fundamentales de los integrantes de las familias.

Procedimiento Metodológico

En primera instancia, se investigó exhaustivamente la información bibliográfica pertinente de la temática a investigar para fundamentar la teoría, a partir de artículos, libros, repositorios, entre otros, con el fin de elegir los instrumentos adecuados de acuerdo con las características de la población. Después, se procedió con el levantamiento de datos, por lo tanto, se ejecutó los permisos institucionales de forma bidireccional a cargo de las autoridades pertinentes del Centro Penitenciario Tungurahua 1 y la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

sede Ambato. Al tener la documentación aprobada, se visitó el centro penitenciario Tungurahua 1 y se socializó el proyecto a la muestra en potencia y a las autoridades encargadas del centro.

Por consiguiente, en la institución seleccionó a los participantes y se llevó a cabo la lectura del consentimiento informado y firma para la participación. Con la documentación recolectada, se aplicó los instrumentos *Psychopathy Checklist Revised* PCL-R y *Childhood Trauma Questionnaire Short Form* CTQ-SF para proceder con la depuración de la información y próximamente digitalizarlos en la base de datos. Se analizó e interpretó los datos para constatar la hipótesis de investigación, a partir del software SPSS para el análisis descriptivo y fiabilidad de los resultados. Se realizaron las respectivas conclusiones, recomendaciones y se elaboró la propuesta de intervención. Finalmente, se seleccionó al comité de expertos para la evaluación del programa de intervención y su validación para la elaboración final.

2.4. Propuesta de investigación

Propuesta de Intervención Psicológica

1. Nombre de la propuesta: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD CON PERFILES PSICOPÁTICOS POR TRAUMAS INFANTILES

2. Datos informativos:

Nombre de la institución: Centro de Rehabilitación Social Tungurahua 1.

Ubicación geográfica y dirección: Tungurahua, Ambato, P9MR+66Q, y Cordillera del Condor, Real Audiencia de Quito, Ambato, Ecuador

Tiempo estimado para la ejecución: Tres meses

Beneficiarios:

- **Directos:** Personas Privadas de Libertad
- **Indirectos:** Centros de Rehabilitación social, Familiares.

Personal administrativo y técnico:

- **Responsable de la propuesta:** Valeria Margarita Solórzano Pérez
- **Equipo de trabajo:** Dr. Mario Muñoz (Coordinador del Centro Penitenciario Tungurahua 1)

-

Presupuesto:

Tabla 6. Recursos

Recursos	Monto
Humanos	100
Materiales y suministros	150
Material bibliográfico	200
Material tecnológico	200
Recursos técnicos	150
Imprevistos	100
Total	900

Fuente: Solórzano 2022

3. Justificación

Las personas privadas de libertad que participan en el estudio son 87 en total, 45 del sexo masculino y 42 del sexo femenino en un rango de 20 a 65 años ubicados en los pabellones de seguridad baja y media. Por la complejidad de los instrumentos utilizados es necesario saber leer y escribir. Por lo tanto, los participantes evaluados cursan octavo, noveno, décimo, bachillerato unificado y una carrera universitaria en el programa educacional SNAI.

Para evaluar los traumas infantiles, se utilizó la prueba CTQ-SF, en el cual, participantes en algún momento han padecido algún tipo de trauma (abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligencia física, negligencia emocional). La población femenina predomina el abuso sexual con 10,88 nivel moderado, abuso físico con 14,24 nivel severo y negligencia física con 13,86 nivel severo. Sin embargo, en la población masculina predomina el abuso físico con 13,47 nivel severo y negligencia física con 12,27 nivel moderado.

Dentro del diagnóstico de la psicopatía y rasgos psicopáticos, se utilizó la prueba PCL-R de Robert Hare, en este se encontró que la mayor parte de la población presenta un nivel alto de psicopatía 58,6%, seguido por un nivel muy alto que representa al 24,1% de la población. Además, los niveles

moderados tienen un 9,2%, bajo 6,9% y muy bajo tiene un porcentaje mínimo de 1,1%. Al ser puntajes altos y muy altos la intervención psicológica tiene mejores probabilidades.

4. Objetivos(s)

Proponer estrategias para la restauración de traumas y consecución de logros.

- Enseñar estrategias sostenibles de autorregulación para la tolerancia al malestar y frustración.
- Dar a conocer habilidades sociales para el reconocimiento de emociones y resolución de problemas cotidianos.
- Fomentar la importancia del planteamiento y consecución de metas.

5. Planificación general y temporalización de la propuesta

Tabla 7. Resumen de la propuesta de intervención psicológica

Sesiones	Área de intervención	Objetivos	Técnicas	Actividades	Recursos	Tiempo
1	Área personal, social y familiar	<ul style="list-style-type: none"> Establecer los antecedentes disfuncionales personales, familiares y sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> Técnica de comunicación oral de interrogación. Estrategia de validación emocional 2 (Manifestar interés por los participantes) y 3 (Reflejar sentimientos, pensamientos y conductas verbales y no verbales de los participantes) por medio de técnicas de aceptación y cambio. Evaluación de la sesión se utiliza los criterios de eficiencia y eficacia en el cumplimiento del programa de intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> Se recogen datos relevantes longitudinales en distintas áreas como: afectiva, interpersonal, cognitiva, otras. Se analizan los problemas de autoimagen e identidad que definen a la personalidad. Se analiza la desregulación emocional persistente. Se evalúa los criterios de eficiencia y eficacia. 	<ul style="list-style-type: none"> Manual de protocolo de la terapia dialéctica conductual DBT Libro de evaluación de programas e intervenciones en psicología: salud, educación y organizaciones sociales Hojas Computadora Esferos 	2 horas
2	Área personal, social y familiar	<ul style="list-style-type: none"> Concertar metas respecto al tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> Se analiza cómo el ambiente invalidante familiar y el contexto social estructuraron la personalidad, a 	<ul style="list-style-type: none"> Se revisa las razones como se estructura la personalidad, los elementos de desregulación 	<ul style="list-style-type: none"> Manual de protocolo de la terapia dialéctica conductual DBT Protocolo estrategias de análisis en cadena 	2 horas

			<p>partir de la técnica de comunicación oral parafraseo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se explica cómo el elemento de trauma presente se relaciona con la falta de regulación emocional en el contexto de su personalidad, a partir de técnicas de comunicación oral discurso. • Estrategia de compromiso de libertad de elección y ausencia de alternativas. • Estrategia de compromiso de Pros y Contras. • Estrategia de compromiso abogado del diablo. • Estrategia de compromiso generación de esperanzas. • Evaluación de la sesión se utiliza los criterios de eficiencia y eficacia en el 	<p>emocional y relación familiar y social.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se realiza psicoeducación del programa • Se motiva a la construcción de metas de vida funcionales. • Se analiza la impulsividad relacionada con la desregulación emocional y las consecuencias. • Se explica el modelo biosocial y la relación con el tratamiento. • Se acuerda el no abandonar el tratamiento y aumentar la motivación de los pacientes. • Se evalúa los criterios de eficiencia y eficacia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategias de estilo de comunicación recíproca • Libro de evaluación de programas e intervenciones en psicología: salud, educación y organizaciones sociales • Diapositivas • Hojas • Computadora • Esferos 	
--	--	--	--	---	---	--

			cumplimiento del programa de intervención.			
3	Área emocional conductual	<ul style="list-style-type: none"> Disminuir conductas que atenten contra la vida de los pacientes y la terapia. 	<ul style="list-style-type: none"> Micro técnica de comunicación parafraseo Técnica de comunicación irreverente y entrenamiento en resolución de problemas. Técnica de comunicación irreverente y entrenamiento en resolución de problemas. Estrategias de resolución de problemas. Evaluación de la sesión se utiliza los criterios de eficiencia y eficacia en el cumplimiento del programa de intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> Se evalúa los elementos de metas, conductas problema y compromiso. Clarificar las conductas parasuicidas y lo que la provoca. Clarificar las interferencias que le impiden asistir a las sesiones. Clarificar las conductas y los estresores económicos, sociales, individuales, emocionales, familiares, entre otros que impiden una buena calidad de vida. Se evalúa los criterios de eficiencia y eficacia. 	<ul style="list-style-type: none"> Manual de protocolo de la terapia dialéctica conductual DBT Libro de evaluación de programas e intervenciones en psicología: salud, educación y organizaciones sociales Diapositivas Computadora Hojas Esferos 	2 horas
4	Área emocional, personal y social	<ul style="list-style-type: none"> Incremento de habilidades comportamentales 	<ul style="list-style-type: none"> Micro técnica de comunicación de discurso. Aplicación de la Técnica DBT (Registro básico para identificar y 	<ul style="list-style-type: none"> Se evalúa los elementos interfieren en la terapia y calidad de vida. Se identifica, etiqueta, describe, interpreta las emociones y se 	<ul style="list-style-type: none"> Manual de protocolo de la terapia dialéctica conductual DBT Libro de evaluación de programas e intervenciones en psicología: salud, 	2 horas

			<p>etiquetar las emociones).</p> <ul style="list-style-type: none"> Habilidades para sobrevivir a la crisis de auto tranquilización y habilidades de aceptación de la realidad media sonrisa y manos dispuestas. Y mindfulness con los pensamientos (Técnica de aceptación y compromiso defusión del pensamiento) Evaluación de la sesión se utiliza los criterios de eficiencia y eficacia en el cumplimiento del programa de intervención. 	<p>reconoce impulsos asociados a la emoción.</p> <ul style="list-style-type: none"> Auto observación y creación de estrategias para afrontar situaciones de crisis y control de impulsos. Se evalúa los criterios de eficiencia y eficacia. 	<p>educación y organizaciones sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> Diapositivas Computadora Hoja de registro de emociones Esferos 	
5	Área personal, social y familiar	<ul style="list-style-type: none"> Experimentar emociones después de una vida de evitación experiencial. 	<ul style="list-style-type: none"> Técnica de comunicación oral diálogo. Procedimientos de exposición prolongada para Trastorno de Estrés Postraumático TEPT. 	<ul style="list-style-type: none"> Se evalúa la consecución de las técnicas aprendidas de regulación emocional y tolerancia al malestar. Se aplica el tratamiento de estrés postraumático – duelo patológico 	<ul style="list-style-type: none"> Manual de protocolo de la terapia dialéctica conductual DBT Diapositivas Computadora Hojas Esferos Libro de evaluación e intervenciones en psicología: salud, 	2 horas

			<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de la sesión se utiliza los criterios de eficiencia y eficacia en el cumplimiento del programa de intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se evalúa los criterios de eficiencia y eficacia. 	educación y organizaciones sociales	
6	Área emocional, personal	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención en problemas vitales de los pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> • Micro técnica de comunicación parafraseo. • Estrategia de aceptación Piedra. • Evaluación de la sesión se utiliza los criterios de eficiencia y eficacia en el cumplimiento del programa de intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se evalúan las habilidades de procesamiento de eventos dolorosos. • Se fomenta el respeto e incrementa la confianza en sí mismo para cambiar comportamientos desadaptativos. • Se evalúa los criterios de eficiencia y eficacia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de protocolo de la terapia dialéctica conductual DBT • Libro de evaluación de programas e intervenciones en psicología: salud, educación y organizaciones sociales • Manual de psicología positiva aplicada • Computadora • Hojas • Esferos 	2 horas
7	Área emocional, personal, social, laboral, afectivo	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar habilidades de resolución de problemas vitales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Micro técnica de comunicación foro • Auto observación y habilidades FAST, ser justo, no disculparse en exceso, mantener valores y ser honestos. • Auto observación habilidades 	<ul style="list-style-type: none"> • Se evalúa las habilidades de validación de sí mismo • Se crea habilidades de funcionamiento adaptativo en el ámbito personal • Se crea habilidades de funcionamiento adaptativo en el 	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de protocolo de la terapia dialéctica conductual DBT • Libro de evaluación de programas e intervenciones en psicología: salud, educación y 	2 horas

			<p>DEARMAN (Describe, expresa, afirma, refuerza, mantente en tu posición, aparenta confianza y negocia)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auto observación y habilidades GIVE, ser gentil, actuar con interés, válida, sé eficaz, buen humor. • Evaluación de la sesión se utiliza los criterios de eficiencia y eficacia en el cumplimiento del programa de intervención. 	<p>ámbito profesional, laboral y académico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se crea habilidades de funcionamiento adaptativo en el ámbito afectivo • Se evalúa los criterios de eficiencia y eficacia 	<p>organizaciones sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manual de psicología positiva aplicada • Computadora • Hojas • Esferos 	
8	Área emocional, cognitiva, personal y social	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir sentimientos de vacío y soledad y aumentar sentimientos de plenitud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Micro técnica de comunicación role play. • Estrategias dialécticas de aceptación radical • Técnica escrita de descripción y consecución. • Evaluación de la sesión se utiliza los criterios de eficiencia y eficacia en el cumplimiento del 	<ul style="list-style-type: none"> • Se evalúa el incremento de habilidades en problemas vitales en el ámbito, personal, afectivo, vocacional, laboral, académico. • Se evalúa los sentimientos de vacío y generar patrones opuestos. • Se enlista las metas y el compromiso post tratamiento y cómo cumplirlo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de protocolo de la terapia dialéctica conductual DBT • Libro de evaluación de programas e intervenciones en psicología: salud, educación y organizaciones sociales • Computadora • Hojas • Esferos 	2 horas

			programa de intervención.	<ul style="list-style-type: none"> Se evalúa los criterios de eficiencia y eficacia. 		
9	Área emocional personal	<ul style="list-style-type: none"> Integrar las habilidades aprendidas. 	<ul style="list-style-type: none"> Técnica de comunicación oral discusión. Menú de elecciones de 5 pasos: Mindfulness, relajación profunda, auto observación, afirmación compromiso de acción. Evaluación de la sesión se utiliza los criterios de eficiencia y eficacia en el cumplimiento del programa de intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> Se evalúa el incremento de sentimientos de plenitud y logro de metas. Se practica los ejercicios diarios para mantener la salud mentar y psicológica. Se evalúa los criterios de eficiencia y eficacia. 	<ul style="list-style-type: none"> Manual de protocolo de la terapia dialéctica conductual DBT Libro de evaluación de programas e intervenciones en psicología: salud, educación y organizaciones sociales Computadora Hojas Esferos 	2 horas
10	Área personal, emocional, social y afectiva	<ul style="list-style-type: none"> Monitorear lo aprendido. 	<ul style="list-style-type: none"> Técnica de comunicación oral discusión Evaluación cuantitativa por escala Likert del proceso en su totalidad. Evaluación cuantitativa por escala Likert y cuantitativa por entrevista directa 	<ul style="list-style-type: none"> Se evalúa el incremento de sentimientos de plenitud y logro de metas Evaluación del proceso terapéutico Evaluación del cumplimiento de expectativas del paciente, familiares e institución 	<ul style="list-style-type: none"> Manual de protocolo de la terapia dialéctica conductual DBT Libro de evaluación de programas e intervenciones en psicología: salud, educación y organizaciones sociales Computadora Hojas 	2 horas

			<p>a pacientes, familiares e institución.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de la sesión se utiliza los criterios de eficiencia y eficacia en el cumplimiento del programa de intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se evalúa los criterios de eficiencia y eficacia 	<ul style="list-style-type: none"> • Esferos 	
--	--	--	--	--	---	--

Fuente: Solórzano (2022)

6. Fases de la propuesta de intervención psicológica:

Fase I: Diagnóstico

El mes de abril de 2022 se envió los respectivos permisos para ejecutar la fase diagnóstica, por lo que, se emitió el consentimiento informado a los participantes, en el cual, se especificó el uso anónimo de la información, sin embargo, se utilizó solo iniciales y número de cédula. Así mismo, se socializó la ficha sociodemográfica y los instrumentos PCL-R y CTQ-SF. Por consiguiente, se escogió 25 participantes por día en horario de clases. Al finalizar la recolección se realizó la depuración de la información para eliminar cuestionarios incompletos, en blanco, mal respondidos. Finalmente, se digitalizó la información al software SPSS para analizar e interpretar los datos.

Fase II: Intervención psicológica

Tabla 8. Matrices operativas para la intervención psicológica sesión 1

Sesión: 1						
Tema: Evaluación						
Objetivo: Establecer los antecedentes disfuncionales personales, familiares y sociales						
Área de intervención: Área personal, social y familiar						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimientos/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Establecer la biografía psicológica del paciente.	Se recogen datos relevantes longitudinales en distintas áreas como: afectiva, interpersonal, cognitiva, otras.	Técnica de comunicación oral de interrogación.	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora 	30 minutos	Recolectar la información significativa de la historia de vida del paciente.
Desarrollo	Establecer el diagnóstico del problema y la personalidad.	Se analizan los problemas de autoimagen e identidad que definen a la personalidad.	<p>Estrategia de validación emocional 2 por medio de técnicas de aceptación y cambio.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reflejar los sentimientos, pensamientos y conductas a partir de resúmenes de su pasado. 2. Validar los sentimientos, pensamientos y conductas a través de refuerzos intangibles (frase motivadora) 3. Detectar las ideas irracionales que hay que cambiar y mencionar que existen varias soluciones 4. Con el paciente se especifica los aspectos que se va a trabajar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de protocolo de la terapia dialéctica conductual DBT • Hojas • Computadora • Esferos 	1 hora	Identificar los criterios diagnósticos del problema y la personalidad.

			5. El paciente se incentiva al cambio y se compromete a venir la siguiente sesión.			
		Se analiza la desregulación emocional persistente.	<p>Estrategia de validación emocional 3 por medio de técnicas de aceptación y cambio.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se refleja las emociones a partir de la auto observación 2. Validar las emociones a partir de mindreading (leer mentes) 3. Detectar los comportamientos impulsivos e intensos y momento que aumenta su sensibilidad 4. Con el paciente se especifica los aspectos que se va a trabajar. 5. El paciente se incentiva al cambio y se compromete a venir la siguiente sesión. 			
Cierre	Valorar el cumplimiento del objetivo de la sesión	Se evalúa los criterios de eficiencia y eficacia.	<p>Se evalúa la sesión se utiliza los criterios de eficiencia y eficacia en el cumplimiento del programa de intervención.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Por medio del reporte verbal en la conducta de los pacientes, se verifica el cambio. 2. El reporte verbal del paciente expresa elementos de 	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora • Libro de evaluación de programas e intervenciones en psicología: salud, educación y organizaciones sociales 	30 minutos	Garantizar la eficiencia y efectividad de la sesión

			reparación y restauración del trauma. 3. El paciente identifica estrategias de afrontamiento que le permitan seguir con su vida funcional.			
Evaluación de la sesión por el beneficiario:						

Fuente: Solórzano (2022)

Tabla 14. Matrices operativas para la intervención psicológica sesión 2

Sesión: 2						
Tema: Pretratamiento						
Objetivo: Concertar metas respecto al tratamiento						
Área de intervención: Área personal, social y familiar						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimientos/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Socializar el modelo de terapia dialéctica conductual DBT.	Se revisa las razones como se estructura la personalidad, los elementos de desregulación emocional y relación familiar y social.	Se analiza cómo el ambiente invalidante familiar y el contexto social estructuraron la personalidad, a partir de la técnica de comunicación oral parafraseo.	• Computadora	30 minutos	Verificar la comprensión de los temas tratados la sesión anterior.
		Se realiza psicoeducación del programa	Se explica cómo el elemento de trauma presente se relaciona con la falta de regulación emocional en el contexto de su personalidad, a partir de técnicas de comunicación oral discurso.			
Desarrollo	Establecer las metas del paciente	Se motiva a la construcción de metas de vida funcionales.	Estrategia de compromiso de libertad de elección y ausencia de alternativas 1. Realizar preguntas con ausencia de alternativas para tomar la terapia 2. Obtener compromiso	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de protocolo de la terapia dialéctica conductual DBT • Protocolo estrategias de análisis en cadena • Dispositivas • Estrategias de estilo de comunicación recíproca • Hojas 	1 hora	Obtener el compromiso del cumplimiento de la terapia.
	Determinar las conductas problema	Se analiza la impulsividad relacionada con la desregulación emocional y las consecuencias.	Estrategia de compromiso de Pros y Contras 1. Enlistar los pros y contra 2. Evaluar pros y contra 3. Vincular los pros a las metas de la terapia y personales			
	Socializar el modelo	Se explica el modelo biosocial y la relación con el tratamiento.	Estrategia de compromiso abogado del diablo			

			<ol style="list-style-type: none"> 1. El profesional y el paciente toman partes a favor y en contra 2. Obtener el compromiso 	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora • Esferos 		
	Obtener un compromiso para la terapia	Se acuerda el no abandonar el tratamiento y aumentar la motivación de los pacientes.	<p>Estrategia de compromiso generación de esperanzas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comprometerse, aunque no exista esperanza 2. Reforzar de forma positiva el cambio, aunque sea pequeño 			
Cierre	Valorar el cumplimiento del objetivo de la sesión	Se evalúa los criterios de eficiencia y eficacia.	<p>Evaluación de la sesión se utiliza los criterios de eficiencia y eficacia en el cumplimiento del programa de intervención.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Por medio del reporte verbal en la conducta de los pacientes, se verifica el cambio. 2. El reporte verbal del paciente expresa elementos de reparación y restauración del trauma. 3. El paciente identifica estrategias de afrontamiento que le permitan seguir con su vida funcional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora • Libro de evaluación de programas e intervenciones en psicología: salud, educación y organizaciones sociales 	30 minutos	Garantizar la eficiencia y efectividad de la sesión
Evaluación de la sesión por el beneficiario:						

Fuente: Solórzano (2022)

Tabla 9. Matrices operativas para la intervención psicológica sesión 3

Sesión: 3						
Tema: Etapa 2						
Objetivo: Disminuir conductas que atenten contra la vida de los pacientes y la terapia.						
Área de intervención: Área personal, social, conductual y familiar						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimientos/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Monitorear el aprendizaje de la sesión anterior	Se evalúa los elementos de metas, conductas problema y compromiso.	Micro técnica de comunicación parafraseo.	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora 	30 minutos	Verificar la comprensión de los temas tratados la sesión anterior
Desarrollo	Determinar las conductas que atenten contra la vida	Clarificar las conductas parasuicidas y lo que la provoca	<p>Técnica de comunicación irreverente y entrenamiento en resolución de problemas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Detectar la conducta problema 2. Definir la conducta problema 3. Realizar un análisis conductual y señalas los posibles factores relacionados con la conducta. (No realizar juicios de valor) 4. Acoger soluciones y elegir la más adecuada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de protocolo de la terapia dialéctica conductual DBT • Diapositivas • Hojas • Computadora • Esferos 	1 hora	Asegurar la aplicación de cada paso de las técnicas y crear habilidades de resolución de problemas
	Determinar las conductas que interfieren en la terapia	Clarificar las interferencias que le impiden asistir a las sesiones	<p>Técnica de comunicación irreverente y entrenamiento en resolución de problemas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Detectar la conducta problema 2. Definir la conducta problema 3. Realizar un análisis conductual y señalas los posibles factores relacionados con la 			

			<p>conducta. (No realizar juicios de valor)</p> <p>4. Acoger soluciones elegir la más adecuada.</p>			
	Determinar las conductas que interfieren en la calidad de vida	Clarificar las conductas y los estresores económicas, sociales, individuales, emocionales, familiares, entre otros que impiden una buena calidad de vida	<p>Estrategias de resolución de problemas.</p> <p>1. Detectar la conducta problema en el ámbito económico, social, individual, emocional</p> <p>2. Definir la conducta problema</p> <p>3. Realizar un análisis conductual y señalas los posibles factores relacionados con la conducta. (No realizar juicios de valor)</p> <p>4. Acoger soluciones elegir la más adecuada.</p>			
Cierre	Valorar el cumplimiento del objetivo de la sesión	Se evalúa los criterios de eficiencia y eficacia	<p>Evaluación de la sesión se utiliza los criterios de eficiencia y eficacia en el cumplimiento del programa de intervención.</p> <p>1. Por medio del reporte verbal en la conducta de los pacientes, se verifica el cambio.</p> <p>2. El reporte verbal del paciente expresa elementos de reparación y restauración del trauma.</p> <p>3. El paciente identifica estrategias de afrontamiento que le permitan seguir con su vida funcional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora • Libro de evaluación de programas e intervenciones en psicología: salud, educación y organizaciones sociales 	30 minutos	Garantizar la eficiencia y efectividad de la sesión
Evaluación de la sesión por el beneficiario:						

Fuente: Solórzano (2022)

Tabla 10. Matrices operativas para la intervención psicológica sesión 4

Sesión: 4						
Tema: Etapa 2						
Objetivo: Incremento de habilidades comportamentales						
Área de intervención: Área emocional, personal y social						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimientos/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Monitorear el aprendizaje de la sesión anterior	Se evalúa los elementos interfiere en la terapia y calidad de vida.	Micro técnica de comunicación de discurso.	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora 	30 minutos	Verificar la comprensión de los temas tratados la sesión anterior.
Desarrollo	Potenciar habilidades de regulación emocional	Se identifica, etiqueta, describe, interpreta las emociones y se reconoce impulsos asociados a la emoción.	<p>Aplicación de la Técnica DBT (Registro básico para identificar emociones).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Apuntar el nombre de la emoción 2. Anotar la intensidad con la que se presenta 3. Escribir el acontecimiento que provocó la emoción (qué, quién, cuándo, dónde) y qué es lo que hizo que inicie 4. Dar una interpretación sobre la situación (creencia, valores, pensamientos) 5. Detectar si hubo cambios corporales y sensaciones 6. Auto observación del lenguaje corporal, gestos, expresiones faciales, postura 	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de protocolo de la terapia dialéctica conductual DBT • Diapositivas • Hojas • Computadora • Esferos 	1 hora	Asegurar la aplicación de cada paso de las técnicas de identificación emocional.

			<ol style="list-style-type: none"> 7. Anotar qué impulsos siento, qué quiero hacer, sentir o decir 8. Anotar qué dije o hice en la situación 9. Anotar qué consecuencias o efectos secundarios provocó la emoción en mí (estado mental, pensamientos, recuerdo otras emociones) y en otras personas 			
	Potenciar habilidades de tolerancia al malestar	Autoobservación y creación de estrategias para afrontar situaciones de crisis y control de impulsos.	<p>Habilidades para sobrevivir a la crisis de auto tranquilización</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Auto observación de la emoción, pensamiento o evento negativo 2. Elegir una actividad agradable que se realice con los 5 sentidos (Darse un baño, comer su comida favorita, escuchar una canción) 3. Realizar la actividad <p>Habilidades de aceptación de la realidad media sonrisa y manos dispuestas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Relajar los músculos de la cara 2. Curvar ligeramente las comisuras de los labios hacia arriba 			Asegurar la aplicación de cada paso de las técnicas y crear habilidades para tolerar el malestar en momentos de crisis

			<p>Mindfulness con los pensamientos (Técnica de aceptación y compromiso defusión del pensamiento)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Buscar un lugar cómodo 2. Imagina uno de los siguientes enunciados y procura verte en la escena 3. Observa surgir y desaparecer a tus pensamientos 4. Imagínate que estás en un campo y observas cómo se alejan tus pensamientos flotando en las nubes 5. Imagínate que te diriges a un río, te acuestas en el pasto y ves tus pensamientos flotando sobre hojas 6. Ahora observa tus pensamientos escritos sobre la arena y observa cómo las olas los barre 7. Imagínate que conduces en auto y ves tus pensamientos en carteles que pasan de largo 8. Mira tus pensamientos salir de tu cabeza y obsérvalos chisporrotear en la llama de una vela 			
--	--	--	---	--	--	--

			<p>9. Abre los ojos y realiza respiraciones lentas y profundas.</p> <p>10. Repite esta técnica cuando estés solo y sientas malestar</p>			
Cierre	Valorar el cumplimiento del objetivo de la sesión	Se evalúa los criterios de eficiencia y eficacia.	<p>Evaluación de la sesión se utiliza los criterios de eficiencia y eficacia en el cumplimiento del programa de intervención.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Por medio del reporte verbal en la conducta de los pacientes, se verifica el cambio. 2. El reporte verbal del paciente expresa elementos de reparación y restauración del trauma. 3. El paciente identifica estrategias de afrontamiento que le permitan seguir con su vida funcional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora • Libro de evaluación de programas e intervenciones en psicología: salud, educación y organizaciones sociales 	30 minutos	
Evaluación de la sesión por el beneficiario:						

Fuente: Solórzano (2022)

Tabla 11. Matrices operativas para la intervención psicológica sesión 5

Sesión: 5						
Tema: Etapa 2						
Objetivo: Experimentar emociones después de una vida de evitación experiencial						
Area de intervención: Área personal, social y familiar						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimientos/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Monitorear el aprendizaje de la sesión anterior	Se evalúa la consecución de las técnicas aprendidas de regulación emocional y tolerancia al malestar.	Técnica de comunicación oral diálogo	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora 	30 minutos	Verificar la comprensión de los temas tratados la sesión anterior.
Desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> • Abordar el estrés postraumático • Crear habilidades de procesamiento de eventos dolorosos 	Se aplica el tratamiento de estrés postraumático – duelo patológico.	Procedimientos de exposición prolongada para Trastorno de Estrés Postraumático TEPT: <ol style="list-style-type: none"> 1. Presentar el estímulo doloroso que produce la respuesta emocional. 2. Bloquear las conductas de escape desde la motivación de producir catarsis, y validar sus emociones resultado de la experiencia traumática. 3. Repetir el proceso de forma gradual hasta que la intensidad de respuesta emocional disminuya y el paciente tenga regulación emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de protocolo de la terapia dialéctica conductual DBT • Diapositivas • Hojas • Computadora • Esferos 	1 hora	Asegurar la aplicación de cada paso de las técnicas y aliviar el malestar experiencial.

Cierre	Valorar el cumplimiento del objetivo de la sesión	Se evalúa los criterios de eficiencia y eficacia.	<p>Evaluación de la sesión se utiliza los criterios de eficiencia y eficacia en el cumplimiento del programa de intervención.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Por medio del reporte verbal en la conducta de los pacientes, se verifica el cambio. 2. El reporte verbal del paciente expresa elementos de reparación y restauración del trauma. 3. El paciente identifica estrategias de afrontamiento que le permitan seguir con su vida funcional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora • Libro de evaluación de programas e intervenciones en psicología: salud, educación y organizaciones sociales 	30 minutos	Garantizar la eficiencia y efectividad de la sesión
Evaluación de la sesión por el beneficiario:						

Fuente: Solórzano (2022)

Tabla 12. Matrices operativas para la intervención psicológica sesión 6

Sesión: 6						
Tema: Etapa 3						
Objetivo: Intervención en problemas vitales de los pacientes						
Área de intervención: Área emocional personal						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimientos/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Monitorear el aprendizaje de la sesión anterior	Se evalúan las habilidades de procesamiento de eventos dolorosos	Micro técnica de comunicación parafraseo	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora 	30 minutos	Verificar la comprensión de los temas tratados la sesión anterior
Desarrollo	Incrementar habilidades de validación de sí mismo	Se fomenta el respeto e incrementa la confianza en sí mismo para cambiar comportamientos desadaptativos.	<p>Estrategia de aceptación Piedra:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aprender a relacionarse con el malestar que genera una situación. 2. Elegir una piedra irregular y llevarlo en todo momento. 3. Cada vez que se produzca el malestar apretar hasta que se produzca un leve dolor. 4. El paciente analiza que el dolor es momentáneo y tolerable y no se extiende a otros momentos de su vida ni de su cuerpo. 5. El paciente aprende a tolerar el disconfort emocional de ese momento para aplicarlo de manera similar en el futuro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de protocolo de la terapia dialéctica conductual DBT • Manual de psicología positiva aplicada • Diapositivas • Hojas • Computadora • Esferos 	1 hora	Asegurar la aplicación de cada paso de las técnicas e incrementar validación de sí mismo

Cierre	Valorar el cumplimiento del objetivo de la sesión	Se evalúa los criterios de eficiencia y eficacia.	<p>Evaluación de la sesión se utiliza los criterios de eficiencia y eficacia en el cumplimiento del programa de intervención.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Por medio del reporte verbal en la conducta de los pacientes, se verifica el cambio. 2. El reporte verbal del paciente expresa elementos de reparación y restauración del trauma. 3. El paciente identifica estrategias de afrontamiento que le permitan seguir con su vida funcional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora • Libro de evaluación de programas e intervenciones en psicología: salud, educación y organizaciones sociales 	30 minutos	Garantizar la eficiencia y efectividad de la sesión
Evaluación de la sesión por el beneficiario:						

Fuente: Solórzano (2022)

Tabla 13. Matrices operativas para la intervención psicológica sesión 7

Sesión: 7						
Tema: Etapa 4						
Objetivo: Incrementar habilidades de resolución de problemas vitales.						
Área de intervención: Área personal, social, emocional, laboral, afectivo						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimientos/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Monitorear el aprendizaje de la sesión anterior	Se evalúa las habilidades de validación de sí mismo	Micro técnica de comunicación foro	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora 	30 minutos	Verificar la comprensión de los temas tratados la sesión anterior
Desarrollo	Incrementar habilidades interpersonales e intrapersonales	Se crea habilidades de funcionamiento adaptativo en el ámbito personal.	<p>Auto observación y Habilidades FAST, ser justo, no disculparse en exceso, mantener valores y ser honestos.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elegir una situación personal. 2. Ser justo y evitar decir comentarios desafortunados. 3. No disculparse en exceso y regular el uso de intervenciones. 4. Mantener valores y ponerse en los zapatos del otro. 5. Ser honestos y pensar si lo que se va a decir realmente tiene un fin o sólo desahogo. 6. Aplicar la honestidad para regular lo que vamos a opinar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de protocolo de la terapia dialéctica conductual DBT • Manual de psicología positiva aplicada • Diapositivas • Hojas • Computadora • Esferos 	1 hora	Asegurar la aplicación de cada paso de las técnicas e incrementar las habilidades personales, vocacionales, académicas laborales y afectivas

	Incrementar habilidades vocacionales, académicos, laborales	Se crea habilidades de funcionamiento adaptativo en el ámbito profesional, laboral y académico.	<p>Auto observación y Habilidades DEARMAN (Describe, expresa, afirma, refuerza, mantente en tu posición, aparenta confianza y negocia)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orientar la profesión u oficio adquirido a nivel social 2. Describir cómo su experiencia en prisión es un problema en su ejercicio profesional futuro. 3. Expresar las emociones o preocupaciones que le generan el encontrar un trabajo o iniciar un emprendimiento 4. Afirmar de forma precisa lo que se requiere, por medio de estrategias de resolución de problemas 5. Reforzar de forma positiva las decisiones funcionales. 6. Aceptar las críticas y transformar en elementos resilientes. 7. Expresar de forma externa confianza, aunque de forma interna no se sienta así. 8. Mantenerse dispuesto a dar para recibir y negociar, negociar y modificar su petición. 			
--	---	---	--	--	--	--

	Incrementar habilidades afectivas	Se crea habilidades de funcionamiento adaptativo en el ámbito afectivo.	<p>Autoobservación y Habilidades GIVE, ser gentil, actuar con interés, válida, sé eficaz, buen humor.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Escuchar al otro a nivel emocional y en sintonía afectiva. 2. Verbalizar con empatía la comprensión emocional del otro. 3. Conservar el buen humor y procurar un ambiente tranquilo siempre. 			
Cierre	Valorar el cumplimiento del objetivo de la sesión	Se evalúa los criterios de eficiencia y eficacia	<p>Evaluación de la sesión se utiliza los criterios de eficiencia y eficacia en el cumplimiento del programa de intervención.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Por medio del reporte verbal en la conducta de los pacientes, se verifica el cambio. 2. El reporte verbal del paciente expresa elementos de reparación y restauración del trauma. 3. El paciente identifica estrategias de afrontamiento que le permitan seguir con su vida funcional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora • Libro de evaluación de programas e intervenciones en psicología: salud, educación y organizaciones sociales 	30 minutos	Garantizar la eficiencia y efectividad de la sesión
Evaluación de la sesión por el beneficiario:						

Fuente: Solórzano (2022)

Tabla 14. Matrices operativas para la intervención psicológica sesión 8

Sesión: 8						
Tema: Etapa 5						
Objetivo: Reducir sentimientos de vacío y soledad y aumentar sentimientos de plenitud						
Área de intervención: Área personal, social, emocional, cognitivo						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimientos/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Monitorear el aprendizaje de la sesión anterior	Se evalúa el incremento de habilidades en problemas vitales en el ámbito, personal, afectivo, vocacional, laboral, académico.	Micro técnica de comunicación role play	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora 	30 minutos	Verificar la comprensión de los temas tratados la sesión anterior
Desarrollo	Aumentar sentimientos de plenitud y reducir la sensación de vacío existencial	Se evalúa sentimientos de vacío y se desarrolla estrategias de afrontamiento y validación.	<p>Estrategias dialécticas de aceptación radical</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dar el material con las preguntas de aceptación radical 2. Elige un evento pasado de angustia, y elige un elemento actual de tranquilidad. 3. Recuerda la situación de angustia, y recuerda una experiencia actual de tranquilidad. 4. ¿Qué papel desempeñaste en la creación de esa situación angustiante, qué harías actualmente en forma positiva para cambiarlo? 5. ¿Qué papel desempeñaron otras 	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de protocolo de la terapia dialéctica conductual DBT • Diapositivas • Hojas • Computadora • Esferos 	1 hora	Asegurar la aplicación de cada paso de las técnicas y aumentar sentimientos de plenitud

			<p>personas en la creación de esa situación?</p> <p>6. ¿Qué controlas de esa situación actualmente?</p> <p>7. ¿Qué no controlas de esa situación actualmente?</p> <p>8. ¿Cuál es tu respuesta actual en esta situación?</p> <p>9. ¿De qué manera afectó tu respuesta a tus pensamientos y sentimientos, de qué manera cambiarías tus pensamientos y sentimientos actualmente?</p> <p>10. ¿De qué manera lo que haces actualmente afecta a los pensamientos y sentimientos de otras personas?</p> <p>11. ¿De qué otra manera cambiarías tu respuesta a esta situación de manera que desembocara en un menor sufrimiento para ti mismo y para los demás?</p>			
	Lograr metas a corto y mediano plazo	Se enlista las metas y el compromiso post tratamiento y cómo cumplirlo.	<p>Técnica escrita de descripción y consecución.</p> <p>1. Escribir las metas a corto y mediano plazo</p> <p>2. Escribir las actividades que realiza para cumplir sus metas</p>			Asegurar la aplicación de cada paso de las técnicas y lograr

			3. Escribir el compromiso para la consecución de sus metas 4. Socializar			concretar metas
Cierre	Valorar el cumplimiento del objetivo de la sesión	Se evalúa los criterios de eficiencia y eficacia	<p>Evaluación de la sesión se utiliza los criterios de eficiencia y eficacia en el cumplimiento del programa de intervención.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Por medio del reporte verbal en la conducta de los pacientes, se verifica el cambio. 2. El reporte verbal del paciente expresa elementos de reparación y restauración del trauma. 3. El paciente identifica estrategias de afrontamiento que le permitan seguir con su vida funcional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora • Evaluación de programas e intervenciones en psicología: salud, educación y organizaciones sociales 	30 minutos	Garantizar la eficiencia y efectividad de la sesión
Evaluación de la sesión por el beneficiario:						

Fuente: Solórzano (2022)

Tabla 15. Matrices operativas para la intervención psicológica sesión 9

Sesión: 9						
Tema: Etapa 6						
Objetivo: Integrar las habilidades aprendidas						
Área de intervención: Área emocional, personal						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimientos/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Monitorear el aprendizaje de la sesión anterior	Se evalúa el incremento de sentimientos de plenitud y logro de metas.	Técnica de comunicación oral discusión	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora 	30 minutos	Verificar la comprensión de los temas tratados la sesión anterior
Desarrollo	Integrar todo lo aprendido	Se practica los ejercicios diarios para mantener la salud mental y psicológica.	<p>Menú de elecciones de 5 pasos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mindfulness 2. Relajación profunda 3. Auto observación 4. Afirmación 5. Compromiso de acción 6. Anotar la hora en que va a realizar los ejercicios 	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de protocolo de la terapia dialéctica conductual DBT • Diapositivas • Hojas • Computadora • Esferos 	1 hora	Asegurar la aplicación de cada paso de las técnicas y la habilidad para realizar las mismas de forma autónoma
Cierre	Valorar el cumplimiento del objetivo de la sesión	Se evalúa los criterios de eficiencia y eficacia	<p>Evaluación de la sesión se utiliza los criterios de eficiencia y eficacia en el cumplimiento del programa de intervención.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Por medio del reporte verbal en la conducta de los pacientes, se verifica el cambio. 2. El reporte verbal del paciente expresa elementos de reparación y restauración del trauma. 	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora • Libro de evaluación de programas e intervenciones en psicología: salud, educación y organizaciones sociales. 	30 minutos	Garantizar la eficiencia y efectividad de la sesión

			3. El paciente identifica estrategias de afrontamiento que le permitan seguir con su vida funcional.			
Evaluación de la sesión por el beneficiario:						

Fuente: Solórzano (2022)

Tabla 16. Matrices operativas para la intervención psicológica sesión 10

Sesión: 10						
Tema: Cierre del programa						
Objetivo: Monitorear lo aprendido						
Área de intervención: Área personal, emocional, social y afectiva						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimientos/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Monitorear el aprendizaje de la sesión anterior.	Se evalúa el incremento de sentimientos de plenitud y logro de metas.	Técnica de comunicación oral discusión	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora 	30 minutos	Verificar la comprensión de los temas tratados la sesión anterior
Desarrollo	Valorar el cumplimiento de las expectativas y metas del proceso terapéutico, pacientes, familiares e institución.	Evaluación del proceso terapéutico.	Evaluación cuantitativa por escala Likert del proceso en su totalidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de protocolo de la terapia dialéctico conductual DBT • Diapositivas • Hojas • Computadora • Esferos 	1 hora	Evaluar los resultados del programa
		Evaluación del cumplimiento de expectativas del paciente, familiares e institución.	Evaluación cuantitativa por escala Likert y cuantitativa por entrevista directa a pacientes, familiares e institución.			
Cierre	Valorar el cumplimiento del objetivo de la sesión.	Se evalúa los criterios de eficiencia y eficacia.	<p>Evaluación de todas las sesiones, se utiliza los criterios de eficiencia y eficacia en el cumplimiento del programa de intervención.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Por medio del reporte verbal en la conducta de los pacientes, se verifica el cambio. 2. El reporte verbal del paciente expresa elementos de 	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora • Libro de evaluación de programas e intervenciones en psicología: salud, educación y organizaciones sociales 	30 minutos	Garantizar la eficiencia y efectividad del programa completo

			reparación y restauración del trauma. 3. El paciente identifica estrategias de afrontamiento que le permitan seguir con su vida funcional.			
Evaluación de la sesión por el beneficiario:						

Fuente: Solórzano (2022)

Fase III: Monitoreo y evaluación

Tabla 23. Matriz de evaluación de la intervención psicológica

Áreas	Resultados	Evaluación				Observaciones
		Si Logró	No Logró	Parcialmente lo logró	En proceso	
Área cognitiva	Capacidad para tomar decisiones y resolución de problemas					
Área emocional - conductual	Resiliencia de la vivencia experiencial y desarrollo de habilidades de tolerancia al malestar y regulación emocional					
Área afectiva	Desarrollo de relaciones interpersonales e intrapersonales óptimas					
Área familiar - social	Desarrollo de relaciones interpersonales óptimas					
Área personal	Fortalecimiento del autoestima, autoconcepto y autoimagen					
Autovaloración de la experiencia por el investigador						
Fortalezas Los pacientes PPL se encuentran en un ambiente controlado, en el que, se enfocan mejor en las técnicas y estrategias. La valoración de la propuesta es alta, por ende, sus resultados son de gran incidencia en los centros penitenciarios del país.				Debilidades Los pacientes PPL tienen facilidad de faltar al compromiso de cumplir el programa de intervención psicológico completo.		

Fuente: Solórzano (2022)

Figura 1. Validación de la Propuesta de Intervención

Instrumento para la validación de propuestas de intervención psicológica

Usted ha sido seleccionado como experto para validar la propuesta de intervención psicológica Propuesta de Intervención para Personas Privadas Libertad con Perfiles Psicopáticos por Traumas Infantiles, por lo que, se le solicita su participación como validador de la misma. Le solicitamos nos facilite la siguiente información:

- Nombres y apellidos del experto: Lucas Rodrigo Horta Herrera
- Cargo e institución donde laboral: PUCESA
- Profesión: Psicólogo Clínico
- Grado académico: Maestría
- Años de experiencia en la profesión: 14 años
- Actividad científico-investigativa y profesional del experto: Docente/Investigador

Para la validación de la propuesta de intervención psicológica, usted debe calificar dos dimensiones con sus indicadores, en una escala del 1 al 100, la cual se distribuye de la siguiente manera: 1-20 es deficiente; 21- 40 es baja; 41-60 es regular; 61-80 es buena; 81-100 es muy buena. Las dimensiones son: *procedimental* con 7 indicadores y *factibilidad* con 2 indicadores:

1. Procedimental/indicadores:

- Planificación operativa
- Ajuste ético-profesional
- Suficiencia
- Coherencia
- Relevancia
- Organización
- Relación entre las variables

2. Factibilidad/indicadores:

- Relación costo-beneficio
- Adaptabilidad

Indicación al experto:

En la siguiente tabla 4, califique cada dimensión e indicador marcando con una X, de acuerdo a la escala descrita anteriormente; además, puede escribir las observaciones que usted considere pertinente.

<p>Relación costo-beneficio</p>	<p>Existe un balance entre el costo-beneficio en función de los recursos materiales, económicos y personal capacitado para ejecutar la propuesta</p>	<p>Mejorar similitud. de costos</p> <p>✓</p>
<p>Adaptabilidad</p>	<p>La propuesta puede ser adaptada a otros requerimientos según la necesidad del contexto</p>	<p>✓</p>



Firma del Juez
 Carlos Rodrigo
 Moreta Herrera

Nota: Se sugiere utilizar el Coeficiente Aiken para el análisis de la concordancia de los criterios de los expertos (debe obtener mínimo 80% de consenso de los criterios de expertos).

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Análisis Descriptivos de los Traumas Infantiles

En la presente sección se encuentra la Tabla 17, en la cual, se muestra los resultados de la media (\bar{x}), desviación estándar (σ), asimetría (As) y curtosis (Cu), del instrumento de traumas infantiles y su análisis en los participantes de género masculino. Se tomó en cuenta las vivencias de la infancia y adolescencia con 28 ítems.

Tabla 17. Análisis de los Traumas Infantiles en el Género Masculino desde CTQ-SF

VARIABLES	Media	Desviación	Asimetría	Curtosis
			Estadístico	Estadístico
Abuso emocional	10,91	2,843	2,709	2,637
Abuso físico	13,47	2,095	1,453	4,993
Abuso sexual	7,16	4,637	2,123	3,140
Negligencia emocional	11,22	2,930	1,966	7,355
Negligencia física	12,27	2,632	,417	-,386

Nota: 45 Casos

En cuanto a la población masculina el abuso emocional es bajo, dado que, se halló $\bar{x}=10,91$ que se encuentra en el rango de 9 a 12. Sin embargo, en abuso físico la puntuación es severa, puesto que, $\bar{x}=13,47$ se encuentra en el rango de 13 o más. En abuso sexual, se encuentra en un nivel bajo con $\bar{x}=7,16$; y en negligencia emocional, también, con una puntuación de $\bar{x}=11,22$. Finalmente, en negligencia física se encuentra en un nivel moderado con $\bar{x}=12,27$. Como se observa, se encuentra que el trauma infantil que predomina de forma severa en la población masculina es el abuso físico seguido de la negligencia física.

Esto a causa del rango de edad de los reclusos y los antecedentes culturales y creencias, en donde, el castigo físico ha sido una práctica educativa y enderezadora por parte de las figuras de autoridad de la familia hacia el sujeto. De igual forma, la negligencia física, puesto que, la población vive en condiciones precarias, con bajos recursos desde su infancia hasta la actualidad y en algunos casos trabajo infantil. Por ello, se evidencia la presencia de agresiones corporales, la falta de satisfacción de necesidad básicas fisiológicas y emocionales en todo el transcurso de su vida.

Así mismo, se encuentra la Tabla 18, en la cual, se muestra los resultados de la media (\bar{x}), desviación estándar (σ), asimetría (As) y curtosis (Cu), del instrumento de traumas infantiles y su análisis en las participantes de género femenino. Se tomó en cuenta las vivencias de la infancia y adolescencia con 28 ítems.

Tabla 18. Análisis de los Traumas Infantiles en el Género Femenino

Variables	Media	Desviación	Asimetría Estadístico	Curtosis Estadístico
Abuso emocional	9,52	1,991	2,749	11,765
Abuso físico	14,24	1,394	-,165	-,452
Abuso sexual	10,88	2,539	,065	-,839
Negligencia emocional	11,76	1,998	-.060	-.111
Negligencia física	13,86	2,553	,869	1,145

Nota: 42 Casos.

En cuanto a la población femenina, el abuso emocional es bajo tiene 9,52 en el rango de 9 a 12; el abuso físico es severo tiene 14,24 y se sitúa en el rango mayor a 13 puntos; en abuso sexual la puntuación de 10,88; se encuentra en un nivel moderado de un rango de 8 a 12; en negligencia emocional, se encuentra en un nivel bajo de 10 a 14 con 11,76 puntos. En negligencia emocional, se encuentra un nivel severo con 13,86. Las puntuaciones altas, se encuentran en abuso físico, sexual y negligencia emocional, esto a causa de fenómenos culturales como el castigo físico por motivos correctivos. Por otro lado, el abuso sexual es muy común en la población femenina en especial en la etapa infantil y adolescente. Y la negligencia emocional por su parte es por la preferencia de hijos masculinos cabezas del hogar.

3.2. Análisis Descriptivo de la Psicopatía

En la siguiente tabla 19, se muestra los resultados de la media (\bar{x}), desviación estándar (σ), asimetría (As) y curtosis (Cu) de la prueba *Psychopathy Checklist Revised* PCL-R, en el que, se describen los valores de los factores principales de la prueba, a partir de 125 preguntas del historial educativo, objetivos profesionales, finanzas, salud, historial familiar, amigos y relaciones íntimas, abuso de sustancias y conductas impulsivas, control de la ira y emociones, conductas antisociales y cuestiones generales. Los resultados, se encasillan en el factor 1 que considera

dos facetas interpersonal y afectivo y el factor 2 de desviación social que considera dos facetas estilo de vida y antisocial.

Tabla 19. Factores del Pychopathy Checklist Revised PCL-R

Factor	Media	Desviación	Asimetría Estadístico	Curtosis Estadístico
Interpersonal/Afectivo	14,77	3,194	-1,607	3,128
Desviación social	13,29	4,114	-1,030	1,335

Nota: 87 casos.

En el análisis del instrumento PCL-R en el primer factor interpersonal afectivo se halló \bar{x} = 14,77; lo que denota que las características del primer factor predominan en los reclusos. Y los rasgos psicopáticos, se evidencian con más fuerza en la facilidad de palabra y encanto superficial, sentido desmesurado de auto valía, mentiroso patológico, estafador y manipulador, ausencia de remordimiento o sentimiento de culpa, afecto superficial y poco profundo, insensibilidad afectiva y ausencia de empatía e incapacidad para aceptar la responsabilidad de las propias acciones.

Sin embargo, el segundo factor desviación social no se encuentra alejado del primero tiene \bar{x} = 13,29; en el que, se encuentra la necesidad de estimulación o tendencia al aburrimiento, estilo de vida parasitaria, pobre autocontrol, problemas de conducta en la infancia, ausencia de metas realistas a largo plazo, impulsividad, irresponsabilidad, delincuencia juvenil, revocación de la libertad condicional, versatilidad criminal. Al no existir gran diferencia, se constata la presencia de la psicopatía en las características de los participantes y su forma de relacionarse con su entorno, por ello, la propuesta de intervención es de vital importancia para el control de impulsos y consecución de interacciones laborales, familiares y afectivas saludables y duraderas.

Tabla 20. Análisis categórico del nivel de psicopatía desde Pychopathy Checklist PCL-R

Nivel de Psicopatía	Frecuencia	Porcentaje
Muy baja	1	1,1%
Baja	6	6,9%
Moderada	8	9,2%
Alta	51	58,6%
Muy Alta	21	24,1%
Total	87	100%

Nota: 87 casos.

Así mismo, se observa que los participantes del Centro de Privación de la Libertad Tungurahua 1 tienen porcentajes altos y muy altos en total 82,7% de la población de psicopatía. Los niveles moderados, bajo y muy bajo tienen un porcentaje de 17,2%. Por esta razón, es importante tomar en cuenta la adaptación y reincidencia delictiva. En estudios de intervención a reclusos con psicopatía muestran alta adherencia al tratamiento, en especial si, se usa la motivación al cambio. Al ser del tipo delincuente y no integrado los beneficios en la sensibilidad, empatía desde el componente familiar contribuyen con el mejoramiento de individual (Terol, 2008).

3.3. Análisis de Resultados de la Validación de la Propuesta

El procedimiento de validación se realizó con el experto, investigador y Psicólogo Clínico Carlos Rodrigo Moreta, quien cuenta con 14 años de experiencia.

Tabla 21. Calificación de Expertos

Ítems	Puntuación	Interpretación
Procedimental	99,16	Muy Buena
Planificación operativa	99,16	Muy Buena
Ajustes ético-profesional	100	Muy Buena
Suficiencia	100	Muy Buena
Coherencia	100	Muy Buena
Relevancia	100	Muy Buena
Organización	95	Buena
Relación entre las variables	100	Muy Buena
Factibilidad	100	Muy Buena
Relación costo-beneficio	100	Muy Buena
Adaptabilidad	100	Muy Buena
Total	99,58	Muy Buena

Nota: 1 Caso

La valoración de la propuesta tiene valores buenos y muy buenos, sin embargo, existe una observación acerca de los costes, puesto que, se requiere de un tratamiento intenso para abastecer todos los recursos materiales para satisfacer las problemáticas enfocadas en la restauración de traumas, tolerancia al malestar, resolución de problemas, consecución de interacciones saludables y cumplimientos de metas personales. Finalmente, la propuesta se ajusta a los criterios teóricos, técnicos, metodológicos, éticos de la dimensión procedimental con 99,16% y concuerda con factibilidad y la aplicación en el contexto carcelario con 100%. Con estos datos, se validó la propuesta con 99,58%. Por ello, su consecución es óptima para los integrantes del Centro Penitenciario Tungurahua 1.

Constatación de la Hipótesis

H1: La propuesta de intervención para perfiles psicopáticos por traumas infantiles consta de validez alta por expertos.

En base al Coeficiente Aiken, se concluye el valor de 99,16% de concordancia.

CONCLUSIONES

- La sustentación teórica de las variables de psicopatía, traumas infantiles e intervención psicológica dio paso a la comprensión de las variables en el contexto y su desenvolvimiento en sus áreas vitales, por lo que, la psicopatía tiene antecedentes traumáticos que con el método correcto de intervención posibilita la restauración de acontecimientos negativos y su adaptación en el medio.
- La determinación de los perfiles psicopáticos de las personas privadas de libertad y los traumas infantiles en el Centro de Privación de Libertad Tungurahua 1. Los niveles encontrados son altos y muy altos con una puntuación total de 82,7%. Los dos factores se encuentran en niveles cercanos, el primer factor con 14,77 y el segundo factor con 13,29; por lo que, en las personas privadas de libertad predominan las características del factor interpersonal - afectivo y desviación social. Sin embargo, al no tener una variación significativa es importante tomar en cuenta todas las particularidades. Y existe una gran diferencia entre los traumas infantiles entre el sexo femenino y masculino. En el caso de los hombres predomina el abuso físico con nivel severo con 13,47 y negligencia física con nivel moderado 12,27; lo que constituye a castigos correctivos, educacionales, la condición precaria y el ambiente invalidante en el que han vivido. Por otro lado, en las mujeres los puntajes altos son en abuso sexual moderado 10,88; abuso físico severo 13,86 y negligencia emocional severa 11,76; por lo que, los fenómenos culturales y creencias son latentes en la población estudiada.
- La propuesta del plan de intervención para personas privadas de libertad con perfiles psicopáticos por traumas infantiles en el Centro de Privación de Libertad Tungurahua 1. Toma en cuenta la restauración de traumas desde el enfoque dialéctico conductual, para generar bienestar personal y grupal en las cárceles del país. Por otra parte, al figurar como psicópatas delincuentes e integrados la propuesta se encamina en los signos y síntomas desadaptativos que vuelven al sujeto inestable en las áreas interpersonales e intrapersonales. En especial, el

control de impulsos, tolerancia al malestar, toma de decisiones, consecución de metas, problemas vitales y emociones de vacío y soledad.

- La evaluación del plan de intervención para personas privadas de libertad con perfiles psicopáticos por traumas infantiles en el Centro de Privación de Libertad Tungurahua 1, por criterios de expertos dio resultados óptimos en su calificación en todas las áreas a partir de un comité de expertos con 99,58%; por ello, es pertinente aplicarla en los centros de privación de la libertad.

RECOMENDACIONES

- Se sugiere aplicar la propuesta de intervención en los centros privados de la libertad, ampliar el conocimiento bibliográfico de diversos establecimientos con su respectiva efectividad y tomar en cuenta el contexto social y cultural de los reclusos para emitir un programa pertinente en el futuro.
- Investigar a la población femenina, debido que, la mayoría de las investigaciones se centran en el hombre delincuente. Y es necesario ampliar la información y crear estrategias adecuadas y pertinentes en mujeres, puesto que, en los últimos años se ha incrementado los delitos en dicha población.
- Es importante que las instituciones carcelarias amplíen las investigaciones y den acceso a los programas de intervención, para que las personas privadas de libertad tengan mejoría en su salud psicoemocional y calidad de vida de forma personal y colectiva.
- Así mismo, se recomienda incluir la propuesta de intervención en el programa de las instituciones carcelarias, con el fin, de propiciar mayor progreso en alivio de signos, síntomas y entrenamiento de técnicas y estrategias que causan funcionalidad en el sujeto.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, A., y Rodriguez, A. (2019). *Diseño de prueba Screen PCL para personas privadas de la libertad*. Bogotá: Universidad Católica de Colombia. Obtenido de <https://bit.ly/3y0sbGn>
- Acuña, J. (2014). *Abuso sexual en menores de edad: generalidades, consecuencias y prevención*. *Medicina Legal de Costa Rica*, 31(1), 57-69. Obtenido de <https://bit.ly/39liWHq>
- Aguero, J. (2018). *Catedra de psiquiatría*. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.
- Aiken, L. (1980). *Content Validity and Reliability of Single Items or Questionnaire*. *Educational and Psychological Measurement*, 40, 955-959.
- Alonso-Llácer, L., Lacomba-Trejo, L., y Pérez-Marín, M. (2021). *Factores de protección de duelo complicado en dolientes de primer grado: atención al presente y autocompasión*. *Revista Psicología de la Salud*, 8(1). Obtenido de <https://bit.ly/36nEUaK>
- Álvarez, A. (2020). *Clasificación de las investigaciones*. Lima: Universidad de Lima.
- Álvarez, R. (2013). *Maltrato infantil y violencia familiar*. *Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM*(8). Obtenido de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/8/3582/4.pdf>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV TR*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Andershed, H. (2012). *There are differences between men and women with psychopathic personality traits regarding sub-types of psychopathy*,

criminality, aggression and victimization. Sweden: Conference in Orebro University.

Andreu, J., Asunción, A., y Peña, M. (2018). *Análisis psicométrico de la escala de psicopatía de Levinson*. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 18, 134-151. Obtenido de <https://bit.ly/3zP1RjM>

Antolínez, D. (2020). *Revisitando a John B. Watson y la epistemología inaugural del conductismo*. *Epistemología e Historia de la Ciencia*, 5(1), 5-25. Obtenido de <https://bit.ly/3bcCH4r>

Arango, J. (2013). *Rehabilitación Neuropsicológica*. México: Manual Moderno. Obtenido de <https://bit.ly/3NhkEXY>

Argibay, J. (2006). *Técnicas psicométricas. Cuestiones de validez y confiabilidad. Subjetividad y Procesos Cognitivos*(8), 15-33.

Arias, J. (2021). *Diseño y metodología de la investigación*. Perú: Arequipa. Obtenido de <https://bit.ly/3ERZOOM>

Barchino, S. (2020). *Trastorno de personalidad psicopático y alcoholismo*. España: Universidad de Jaén. Obtenido de <https://bit.ly/3tBrJMq>

Balarezo, L. (2017). *Psicoterapia (2a. ed.)*. Quito, Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Obtenido de <https://bit.ly/3DBdYRw>

Baldor, I., Jeréz, C., y Rodríguez, R. (2015). *Intervención con grupos de víctimas del 11-M desde un centri de salud mental*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(94), 43-53. Obtenido de <https://bit.ly/3lystGD>

Behn, A., Vöhringer, P., Martínez, P., Domínguez, A., González, A., Carrasco, M., Gloger, S. (2020). *Validación de la versión en español del Childhood Trauma Questionnaire-Short Form en Chile, en una muestra de pacientes con*

depresión clínica. Revista Médica de Chile, 148(3), 336-343. Obtenido de <https://bit.ly/3zKIAzN>

Berger, K. (2007). *Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia*. Madrid: Panamericana.

Bernstein, D., y Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Betancourt, S. (2018). *¿Negligencia educativa? Abuso sexual en las escuelas del Ecuador*. Quito, Ecuador: Universidad de las Américas. Obtenido de <https://bit.ly/3OChUFZ>

Borja, K., y Ostrosky, F. (2009). *Los eventos traumáticos tempranos y su relación con la psicopatía criminal. Revista Chilena de Neuropsicología, 4(2), 160-169. Obtenido de <https://bit.ly/3yc3g2v>*

Bornas, X., Rodrigo, T., Barceló, F., y Toledo, M. (2002). *Las nuevas tecnologías en la terapia cognitivo-conductual: una revisión. International Journal of Clinical and Health Psychology, 2(3), 533-541. Obtenido de <https://bit.ly/3rx4D7U>*

Burgos-Benavides, L., Martínez-Suárez, P., Ramírez-Coronel, A., Palacio-Zenteno, J., Martínez-Menéndez, N., y Maxi-Maxi, E. (2021). *Eysenck personality questionnaire (EPQ-A) personality traits and PCL-R Psychopathy levels in women prisoners. Revista Latinoamericana de Hipertensión, 18(2), 132-143. Obtenido de <https://bit.ly/3KMn7J0>*

Caballo, V., y Camacho, S. (2000). *El trastorno límite de la personalidad: controversias actuales. Psicología desde el Caribe, 5, 31-55.*

Calderón, K., Santana, L., y López, G. (2019). *Predisposiciones genéticas, emocionales y sociales de la psicopatía*. Santo Domingo, República

Dominicana: Universidad Pedro Henríquez Ureña. Obtenido de <https://bit.ly/3xKRF98>

Camacho, G. (2014). *La violencia de género contra las mujeres de Ecuador: Análisis de los resultados de la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres*. Quito: El Telégrafo. Obtenido de <https://bit.ly/3tbmjrh>

Campos, G., y Martínez, N. (2012). *La observación, un método para el estudio de la realidad*. *Revista Xihmai*, 7(13), 45-60. Obtenido de <https://bit.ly/3vmrzs8>

Carabellese, F., Felthous, A., La Tegola, D., Rossetto, I., Franconi, F., y Lucchini, G. (2020). *Female psychopathy: a descriptive national study of socially dangerous female NGRI offenders*. (68).

Caranci, C. (2020). *Freud superficial: imagen, síntoma y superficie desde el psicoanálisis*. Madrid, España: Universidad Complutense Madrid. Obtenido de <https://bit.ly/3D8409T>

Casas, A., Repullo, L., & Campos, D. (2003). *La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I)*. *Ates Primaria*, 31(8), 527-538. Obtenido de <https://bit.ly/3FvuXaA>

Castral, A. (2019). *Ampliación de la lista de características psicopáticas y características específicas del psicópata extremo*. Obtenido de <https://bit.ly/3zLufmJ>

Cervera, I., López-Soler, C., Alcántara-López, M., y Castro, M. (s.f.). *Consecuencias del maltrato crónico intrafamiliar en la infancia: Trauma del desarrollo*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/778/77865632009/>

Cloninger, S. (2002). *Teprías de la personalidad*. México: Prentice Hall. Obtenido de <https://bit.ly/2xP9YMc>

- Colombo, R., De Agosta, C., y Barilari, Z. (2010). *Maltrato y abuso sexual infantil intrafamiliar: trauma, cuerpo y sexualidad*. Buenos Aires: Cauquén Editora.
- Courtois, C., y Ford, J. (2016). *Treatment of complex trauma*. Revista Digital Guilford Press.
- Cueva, M. (2019). *Asociación entre eventos traumáticos infantiles y contenido de delirios, alucinaciones en mujeres con esquizofrenia paranoide*. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. Obtenido de <https://bit.ly/3N7Rb2C>
- De Brito, S., Forth, A., Baskin-Sommers, A., Brazil, I., Kimonis, E., Pardini, D., . . . Viding, E. (2021). *Psychopathy*. *Nature Reviews Disease Primers*, 7(49). Obtenido de <https://go.nature.com/3ijwG64>
- De la Rosa, J., Almeida, A., Reina, E., Guerra, L., y Vázquez, G. (2020). *Maltrato infantil. Una revisión bibliográfica*. *Revista Científica Estudiantil*, 3(1), 1-7. Obtenido de <https://bit.ly/3tDvOPV>
- De Souza, B., y Fernandes, L. (2021). *Factores biológicos e ambientais na constituição da psicopatía e um levantamento teórico para sua precensão*. *Revista Psicoatualidades*, 1(2), 20-19. Obtenido de <https://bit.ly/3tO9Auy>
- Del Prette, A., Del Prette, Z., y Mendes, M. (1999). *Habilidades sociales en la formación profesional del psicólogo: Análisis de un programa de intervención*. *Psicología Conductual*, 7(1), 27-47. Obtenido de <https://bit.ly/3RJL9ry>
- De la Vega, I., & Sánchez, S. (2013). *Terapia dialéctica conductual para el trastorno de personalidad límite*. *Acción Psicológica*, 10(1), 45-56. Obtenido de <https://bit.ly/3Dq4gl4>

- Delk, L., Bobadilla, I., y Lima, E. (2017). *Psychopathic traits associate differentially to anger, disgust and fearrecognition among men and women. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 39(1), 25-34.
- Díaz, L. (2011). *La observación*. México: Facultad de Psicología UNAM. Obtenido de <https://bit.ly/3ebkw0T>
- Díaz, M., Ruiz, M., y Villalobos, A. (2017). *Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer. Obtenido de <https://bit.ly/3yaOKrN>
- Dorta, E. (2021). *Validación del cuestionario short dark triad (SD3) en la población en la población española*. Salamanca: Universidad de Salamanca. Obtenido de <https://bit.ly/3ycMCQF>
- Echeburúa, E., y Fernández, J. (2008). *Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres por violencia grave contra la pareja*. 20(2), 193-198. Obtenido de <https://bit.ly/3SNrHL1>
- El Universo (2022). *El hacinamiento en centros carcelarios de Ecuador bordearía el 14 %; SNAI aspira a que hasta finales del 2022 por indultos salgan unas 5.000 personas privadas de la libertad*. El Universo. Obtenido de <https://bit.ly/3TSjard>
- Esbec, E., y Echeburúa, E. (2014). *La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: recursos y limitaciones*. *Terapia Psicológica*, 32(3), 255-264. Obtenido de <https://bit.ly/3N7Tshy>
- Fernandes, R., Carmo, M., & Jiménez, S. (2009). La promoción de la salud y la prevención de enfermedades como actividades propias de la labor de los psicólogos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61(2), 1-12. Obtenido de <https://bit.ly/3h0LARC>

- Ferrero, A., De Andrea, N., y Lucero, F. (2019). *La importancia del consentimiento informado y el asentimiento en psicología. Ciencia y Profesión, 4(2)*, 31-40. Obtenido de <https://bit.ly/3SAAt4gt>
- Figuroa, R., Cortés, P., Acatino, L., y Soresen, R. (2016). *Trauma psicológico en la atención primaria: orientaciones de manejo. Revista Médica de Chile, 44(5)*. Obtenido de <https://bit.ly/3tiXgCD>
- Fontanil, Y., Alcedo, Á., Fernández, R., y Ezama, E. (2013). *Mujeres en prisión: Un estudio sobre la prevalencia del maltrato. RES(20)*, 21-38. Obtenido de <https://bit.ly/3KGUHK>
- García, J., Arango, J., Correa, O., Pérez, A., Agudelo, V., Mejía, C., . . . Palacio, C. (2008). *Validación de la lista de chequeo de psicopatía-revisada (PCL-R) en población carcelaria masculina de Colombia. Revista Colombiana de Psiquiatría, 37(4)*, 564-579. Obtenido de <https://bit.ly/3kqBLKR>
- García, R. (2021). *Estudio psicológico de la personalidad de Sigmund Freud (1856-1939)*. España: Universidad de la Laguna. Obtenido de <https://bit.ly/3zamPbR>
- García, S. (2020). *Personalidad oscura y desempeño laboral*. Zaragoza: Universidad de Zaragoza. Obtenido de <https://bit.ly/3bhw9kW>
- Gómez, C., y Sánchez, M. (2020). *Violencia familiar en tiempos de Covid*. México: Instituto Belisario Domínguez. Obtenido de <https://bit.ly/3CLUgll>
- Gómez, E., y Joaquín de, P. (2003). *La transmisión intergeneracional del maltrato físico infantil: estudio en dos generaciones. Psicothema, 15(3)*, 452-457. Obtenido de <https://bit.ly/3QqX51D>

- Gómez, G. (2021). *Métodos y técnicas de investigación utilizados en los estudios sobre comunicación en España. Mediterranean Journal of Communication*, 12(1), 115-127. Obtenido de <https://bit.ly/3D5M813>
- González, C. (2018). *Violencia intrafamiliar. Una mirada desde la adolescencia. Revista del Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milán Castro"*(3), 1-9.
- González, F. (2007). *Instrumentos de evaluación psicológica*. La Habana: Ecimed. Obtenido de <https://bit.ly/3Orms26>
- González, F., Escoto, M., y Chávez, J. (2017). *Estadística aplicada en psicología y ciencias de la salud*. México: Manual Moderno. Obtenido de <https://bit.ly/3T2Lbf1>
- Guitart, E., y Alba, J. (2019). *Psicopatía en la infancia y adolescencia. Olhar criminológico*, 3, 129. Obtenido de <https://bit.ly/3NfW1uF>
- Hare, R. (1991). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Hare, R. (1999). *Psychopathy as a risk factor for violence. Psychiatric Quarterly*, 70(3), 181-197.
- Hernández, D. (2014). *Tratamiento de delincuentes organizados (Psicópatas)*. Alicante: Universidad Miguel Hernández de Elche. Obtenido de <https://bit.ly/3DAOyoB>
- Del Hierro, T., Fernández, M., y Rodríguez, J. (2021). *Psicopatía, agresión y violencia: un análisis de la interrelación en una Muestra de Delincuentes. Anuario de Psicología Jurídica*, 32(1), 61-69. Obtenido de <https://bit.ly/3QDqLsF>

- INEC. (2019). *Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres - ENVIGMU*. Loja, Ecuador. Obtenido de <https://bit.ly/3ukr6X1>
- Jimeno, M. (2015). *Experiencias traumáticas en la infancia y su influencia sobre el desarrollo afectivo-social y la memoria autobiográfica en adolescentes institucionalizados: comparación con un grupo de control*. Albacete: Universidad de Castilla - La Mancha. Obtenido de <https://bit.ly/3MTodEI>
- Klimovsky, G., y Hidalgo, C. (1998). *Introducción al conocimiento científico*. Buenos Aires: Bs.As.
- Lecannelier, F. (2018). *El trauma oculto en la infancia*. Sudamericana. Chile: Grupo Editorial Chile. Obtenido de <https://bit.ly/3us8tAl>
- León, E., Asún, D., y Folino, J. (2010). *Confiabilidad y validez de la versión chilena de Hare PCL-R*. *Revista Facultad Médica*, 58(2).
- Lilienfeld. (1990). *Doctoral Dissertation: Development and preliminary validation of a self-report of psychopathic personality*. Minneapolis: University of Minnesota.
- Loinaz, I. (2014). *Violent female offenders*. *Psychosocial Intervention*, 23(3). Obtenido de <https://bit.ly/3tc4mZS>
- López, C., & Robles, J. (2005). Aproximación histórica al concepto de psicopatía. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 5, 137-168.
- López, F. (2009). *Diagnóstico y tratamiento de la psicopatía en la adolescencia*. *Revista Digital Innovación y Tecnología*, 1-9. Obtenido de <https://bit.ly/3TF9j>
oR

- López, M. (2017). *La entrevista psicológica a niñas y niños víctimas de abusos sexuales*. Argentina: Maipue. Obtenido de <https://bit.ly/3HVNzjy>
- López, M. (2020). *Perfilación criminal de mujeres violentas y psicópatas*. *Revista de criminología, Psicología y Ley*(4), 177-212. Obtenido de <https://bit.ly/3KwmOSL>
- Loredo, A., Casas, A., & Monroy, D. (2014). *Maltrato Infantil: Características clínicas inusuales*. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 57(1), 15-23. Obtenido de <https://bit.ly/3Nsahm4>
- Lösel, F., y Bliesener, T. (2003). *Aggression und Delinquenz unter Jugendlichen: Untersuchungen von kognitiven und sozialen Bedingungen*. Neuwied: Luchterhand.
- Loza, R., Mamani, J., Mariaca, J., y Yanqui, F. (2020). *Paradigma sociocrítico en investigación*. *Revista Científica Digital de Psicología*, 2, 30-39. Obtenido de <https://bit.ly/3u0ieX1>
- Luengo, M., & Carrillo, M. (s.f.). *Manuel de psicopatología, Volumen II*. Obtenido de <https://bit.ly/3wfl1gU>
- Luna, J. (2011). *Logoterapia: Un enfoque humanista existencial fenomenológico*. Bogotá: San Pablo. Obtenido de <https://bit.ly/3SZHvux>
- Lynam, D., & Gudonis, L. (2005). *The development of psychopathy*. (1), 381-407. Obtenido de <https://bit.ly/3sJhWCR>
- Martínez, L. (2019). *Un estudio bibliométrico sobre la Psicopatía en Colombia*. Colombia: Universidad Cooperativa de Colombia. Obtenido de <https://bit.ly/3n0bRiz>

- Martínez, T. (2015). *Psicopatía, violencia y trayectoria delictiva: análisis de su interacción en muestras penitenciarias*. Madrid. Obtenido de <https://bit.ly/3NgMfIL>
- McKay, M., Wood, J., y Brantley, J. (2017). *Manual práctico de terapia dialéctico conductual*. Bilbao: Desclée de Brouwer. Obtenido de <https://bit.ly/3Oe6Oaf>
- Medina, P. V., y Couso, O. (2013). *Confiabilidad y validez de la escala de psicopatía revisada de Hare (PCL-R)*. *Salud Mental*, 36(6), 481-486. Obtenido de shorturl.at/fuEM5
- Mejía, C., García, J., Palacio, C., Correa, O., Gil, C., y Arango, J. (2004). *Aspectos neurobiológicos de la psicopatía*. *Iatreia*, 17(4), 370-382. Obtenido de <https://bit.ly/3QB9AHZ>
- Molina-Coloma, V., Pérez, J., y Salaberría, K. (2022). *Perfil sociodemográfico, delictivo y psicopatológico en una muestra de mujeres en prisión*. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 1(62), 127-136. Obtenido de <https://bit.ly/3wbsMEz>
- Méndez, J. (2019). *Aplicación de terapia dialéctica conductual a una población de personas con trastorno antisocial de la personalidad de mediana edad en internamiento actual en el Centro de Detención Provisional de El Inca para reducir la conducta agresiva*. Quito: Universidad San Francisco de Quito. Obtenido de <https://bit.ly/3w8cgEO>
- Mendieta, M., y Estrella, M. (2008). *Información sociodemográfica en sistemas de información y comunicación para el diseño de políticas públicas, en la región sur de Ecuador*. *Revista Latinoamericana de Población*, 2(3), 129-154. Obtenido de <https://bit.ly/39UsnO3>

- Moltó, J., Poy, R., y Torrubia, R. (2000). *Standardization of the Hare Psychopathy Checklist-Revised in Spanish prison sample*. (Vol. 14). doi:<https://doi.org/10.1521/pedi.2000.14.1.84>
- Moreno, A. (2018). *La práctica de la terapia sistémica*. Bilbao: Desclée de Brouwer. Obtenido de <https://bit.ly/3FwUgJw>
- Montgomery, W. (2020). *Guía breve y actualizada para analizar la personalidad desde el conductismo*. *Revista de Psicología*, 10(1), 81-98. Obtenido de <https://bit.ly/3svTBQE>
- Neumann, C., Crombez, G., Uzieblo, K., & Hare, R. (2013). *Understanding the Psychopathic Personality Inventory (PPI) in Terms of the Unidimensionality, Orthogonality, and Construct Validity of PPI-I and -II*. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(1), 77. Obtenido de [https:// bit.ly/3gXaOjJ](https://bit.ly/3gXaOjJ)
- Norza-Céspedes, E., González-Rojas, A., Moscoso-Rojas, M., & González-Ramírez, J. (2012). *Descripción de la criminalidad femenina en Colombia; factores de riesgo y motivación criminal*. *Criminalidad*, 54(1), 339-357.
- Ordoñez, N., Fonseca, E., Paino, M., García, L., Pizarro, J., y Lemos, S. (2016). *Evaluación de experiencias traumáticas tempranas en adultos*. *Papeles del Psicólogo*, 37(1), 36-44. Obtenido de <https://bit.ly/3xoarEP>
- Paino, M., Ordoñez, N., Fonseca, E., García, L., y Pizarro, J. (2020). *Development and validation of an instrument for the detection of early traumatic experiences (ExpTra-S) in patients with psychosis*. *Frontiers in Psychology*, 11. Obtenido de <https://bit.ly/3bainAE>
- Papalia, D., Feldman, R., y Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano*. México: McGraw-Hill.

- Pedroza, H., y Dicoysky, L. (2007). *Sisitema de análisis estadístico SPSS*. Managua: LITONIC.
- Pereda, N. (2010). *Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infant*. *Papeles del Psicólogo*, 31(2), 191-201. Obtenido de <https://bit.ly/3sOQy6g>
- Perpiñá, C. (2012). *Manual de la entrevista psicológica*. Madrid: Psicología Pirámide. Obtenido de <https://bit.ly/3U8ZgYL>
- Pérez, M. (2020). *Intervención Psicodinámica y apoyo en la salud mental de personas migrantes*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas. Obtenido de <https://bit.ly/3SDOg5y>
- Piacente, T. (2009). *Instrumentos de evaluación psicológica no tipificados. Observación, entrevista y encuesta. Consideraciones generales*. Buenos Aires: Universidad Nacional de la Plata. Obtenido de <https://bit.ly/3fRmC6A>
- Piñuel, I. (2021). *Mi jefe es un psicópata: Cómo el poder transforma a las personas en psicópatas Déctalos a tiempo*. Madrid, España: Cofas. Obtenido de <https://bit.ly/354egTX>
- Pita, S., & Pértegas, S. (2002). *Investigación cuantitativa y cualitativa. Cuadernos de Atención Primaria*, 9(2), 76-78.
- Polaschek, D., y Ross, E. (2010). *Do early therapeutic Alliance, motivation and stages of change predict therapy change for high-risk psychopathic violent prisoners*. *Criminal*, 20, 100-111.
- Prado, A. (2021). *Psicopatía: una revisión sobre su evolución, diagnóstico diferencial, tipologías y relación con la Agresividad*. Madrid: Comillas Universidad Pontificia.

- Pozueco, J., Romero, S., y Barquero, C. (2011). *Psicopatía, violencia y criminalidad: un análisis psicológico-forense, psiquiátrico-legal y criminológico (Parte I)*. *Cuadro Médico Forense*, 17(3), 123-136. Obtenido de <https://bit.ly/3iQAdZR>
- Puerta, J., y Díaz, P. (2011). *Terapia cognitiva conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte*. *Duazary*, 8(2), 251-257. Obtenido de <https://bit.ly/3ykPp9N>
- Pulido, M., Flores, A., y Mendoza, P. (2021). *La teoría de la sensibilidad al reforzador como predictor de psicopatía y conducta delincinencial: datos obtenidos en estudiantes universitarios*. *Psicología Iberoamericana*, 29(2). Obtenido de <https://bit.ly/3xFII7E>
- Pujol, J., Harrison, B., Contreras, O., y Cardoner, N. (2018). *The contribution of brain*. *Psychological Medicine*, 49(1), 20-31.
- Purwanto, A., Asbari, M., Iman, T., Sunarsi, D., y Lham, D. (2021). *Education research quantitative analysis for little respondents: Comparing of Lisrel, Tetrad, GSCA, Amos, SmartPLS, WarpPLS, and SPSS*. *Jurnal Studi Guru dan Pembelajaran*, 4(2), 335-350.
- Raine, A., y Sanmartin, J. (2000). *Violencia y psicopatía*. Barcelona: Ariel.
- Reglero, R. (2020). *La psicopatía en las mujeres*. Madrid: Facultad de Ciencias Humanas y Sociales.
- Ricoy, C. (2006). *Contribución sobre los paradigmas de investigación*. *Revista do Centro de Educação*, 31(1), 11-22. Obtenido de <https://bit.ly/3vLZ0Vb>
- Rodrigo, W. (1999). *El legado de Vygotski y de Piaget a la educación*. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 31(3), 477-489. Obtenido de <https://bit.ly/2xP9YMc>

- Rodriguez, M., y Mendivelso, F. (2018). *Diseño de investigación de corte transversal*. *Revista Médica Sanitas*, 21(3), 141-146. Obtenido de <https://bit.ly/3nheKM1>
- Rocuant, J., León, E., Folino, J., y Hare, R. (2019). *Psicopatía en mujeres privadas de libertad en Chile*. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 380-386.
- Rojas, J., Guzmán, M., Jiménez, M., Martínez, L., y Flores, B. (2019). *La violencia hacia los hombres en la pareja heterosexual; Una revision de revisiones*. *Ciencia y Sociedad*, 44(1), 57-70. Obtenido de <https://bit.ly/3R9rP6r>
- Rojas, Y., Ponce, J., Zuluaga, I., Posada, S., y Zapata, M. (2020). *Experiencias traumáticas y resiliencia en población expuesta a la violencia*. *Revista de Investigación Innovación Ciencia y Salud*, 28-40. Obtenido de <https://bit.ly/39pAG4q>
- Romero, N. (2016). *Traumata infantiles en la edad adulta*. Barcelona, España: Facultad de Ciencias Sociales.
- Ross, S. (2018). *Introducción a la estadística*. Madrid, España: Reverté. Obtenido de <https://bit.ly/3ObKcYi>
- Salvador, B., Pérez, B., Fernández, L., Bringas, C., y Rodríguez, F. (2015). *La psicopatía: Una revisión bibliográfica y bibliométrica*. *Arquivos Brasileiros de Psicologia; Rio de Janeiro*, 67(2), 105-121.
- Salvador, M. (s.f). *El trauma psicológico: Un proceso neurofisiológico con consecuencias psicológicas*. *Revista de Psicoterapia*, 20(80), 5-16. Obtenido de <https://bit.ly/35WPTIx>
- Sánchez, A. (2019). *Psicopatía en el ámbito forense: Una revisión sistemática*. Colombia: Universidad Santo Tomás. Obtenido de <https://bit.ly/3mZjW77>

- Sánchez, I. (2021). *Masculinidades Noviolentas como estrategia de prevención de violencias basadas en género. Una aproximación etnográfica realizada en un proyecto con hombres adolescentes y jóvenes en las ciudades de Manta y Esmeraldas (Ecuador)*. Granada, España: Universidad de Granada. Obtenido de <https://bit.ly/3zxWKO2>
- Sánchez, M. (2004). *La mujer en la teoría criminológica. Revista de Estudios de Género. La Ventana*(20), 240-266. Obtenido de <https://bit.ly/30dmwJm>
- Santisteban, P. (2016). *Psicopatía delincencial y capacidad de intervención. Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 38-55. Obtenido de <https://bit.ly/3f5hOun>
- Sassenfeld, A., y Moncada, L. (2006). *Fenomenología y psicoterapia humanista existencial. Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 15(1), 89-104. Obtenido de <https://bit.ly/3Mbn37B>
- Schneider, K. (1980). *Las personalidades psicopáticas*. Madrid: Ediciones Morata. Obtenido de <https://bit.ly/3QtY9lv>
- Seelbach, G. (2013). *Teorías de Personalidad*. México: Red Tercer Milenio S.C. Obtenido de <https://bit.ly/3TPefa5>
- Sevilla, B. (2020). *Psicoanalistas, psicólogos y psiquiatras hablan de la psicopatía y la maldad humana [Itzkowitz y Howell, 2020]. Aperturas Psico analíticas*(64), 1-32. Obtenido de <https://bit.ly/3u9eNgX>
- Sierra, O. (2019). *Efectos de la intervención psicoterapéutica grupal desde el enfoque psicodinámico, en personas con diagnóstico de depresión*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Obtenido de <https://bit.ly/3MbrX4H>
- Silberstein, J. (2020). *Mutantes del Infierno: Vicisitudes del sí mismo criminótico*. Buenos Aires: Ediciones Biebel. Obtenido de <https://bit.ly/3bbJATF>

Skinner, B. (1991). *El yo como punto de partida*. México: LIMUSA.

Solana, O. (2018). *Tríada oscura de personalidad, satisfacción laboral y cinismo organizacional: un modelo estructural*. *Universitas Psychologica*, 17(3).
Obtenido de <https://bit.ly/3tNmCsn>

Staats, A. (1997). *Conducta y personalidad*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

Terol, O. (2008). *Propuesta de tratamiento para delincuentes violentos con componente psicopático*. *Psicología Clínica Legal y Forense*, 8(1), 161-192.
Obtenido de <https://bit.ly/3DcyhWH>

UNICEF. (2020). *La violencia contra niñas, niños y adolescentes tiene severas consecuencias a nivel físico, psicológico y social*. Quito, Ecuador.

Vásquez, L., Rejane, M., Mogollón, A., Fernández, M., Delgado, E., y Vargas, I. (2011). *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Colombia: Programa Editorial Univalle. Obtenido de [https:// bit.ly/3br9YJb](https://bit.ly/3br9YJb)

Veloso, S. (2021). *Interacción de factores neurobiológicos y ambientales en la etiología de la psicopatía*. Buenos Aires, Argentina: Pontificia Universidad Católica de Argentina. Obtenido de <https://bit.ly/3NUtdt3>

Villacis, I. (2020). *Traumas infantiles y las consecuencias en la salud psicológica de un adulto*. Babahoyo: Universidad Técnica de Babahoyo.

Villafañe, A., Milanesio, M., Marcellino, C., y Amodei, C. (2003). *La evaluación del trastorno por estrés postraumático: Aproximación a las propiedades psicométricas de la escala de trauma de Davidson*. Argentina: Universidad Nacional de Córdoba.

- Villalba, S., y Espert, R. (2014). *Estimulación cognitiva: Una revisión neuropsicológica*. *Terapeia*, 6, 73-93. Obtenido de <https://bit.ly/3V8cpCU>
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). *Levels of care, prevention and primary health care*. *Revista Médica Interna*, 21(1), 11-14. Obtenido de <https://bit.ly/3NA5RcZ>
- Watson, J. (1945). *El conductismo*. Buenos Aires: Paidós.
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases an related Health problems*. (11th ed.). Obtenido de <https://bit.ly/3OXDB4t>
- Yepes, M. (s.f). La crianza para moldear la conducta a la crianza para el desarrollo humano.
- Zegarra, J., y Chino, B. (2022). *Neurobiología del trastorno de estrés postraumático*. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 20(1), 21-28. Obtenido de <https://bit.ly/3MVFEU9>

Anexo 2. Ficha sociodemográfica



FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Lea detenidamente cada una de las indicaciones y complete la información requerida o marque con un "X" en la respuesta que corresponda.

INFORMACIÓN GENERAL

1. Edad: _____

2. Sexo: Masculino _____ Femenino _____

3. Ciudad de Procedencia: _____

4. Identificación Étnica:

Mestizo(a) __ Indígena __ Afro __ Blanco(a) __

5. Estado Civil:

Soltero/a __ Unión Libre __ Casado/a __

6. Identificación Religiosa:

Católico(a) __ Cristiano(a)/Evangélico(a) __ Testigo de Jehová __ Mormón __
Creyente identificación religiosa __ Ateo __ Otra identificación __Cuál?

7. ¿Realiza actividad física?: Regularmente __ Ocasionalmente __ Nunca __

8. Número de horas de sueño por noche: _____

ESCOLARIDAD

9. Rendimiento Académico:

Sobresaliente __ Muy Bueno __ Bueno __ Regular __ Deficiente __

FAMILIAR

10. Como es el ambiente Familiar:

Malo __ Regular __ Buena __ Muy buena __

11. Situación socioeconómica familiar:

Mala __ Regular __ Buena __ Muy buena __

Anexo 3. Hoja de puntuación de la psicopatía de Hare PCL-R

PCL-R

HOJA DE PUNTUACIÓN

Apellidos y nombre

Edad Sexo Varón Mujer Fecha / /

Centro

Evaluador

Antes de realizar las valoraciones de los ítems revise los criterios incluidos en el cuaderno de evaluación o en el manual técnico. Rodee con un círculo la valoración correspondiente a la derecha de cada ítem.

ÍTEM	No	Podría ser	Si	Omitido	
1	Facilidad de palabra/Encanto superficial	0	1	2	X
2	Sentido desmesurado de autovalía	0	1	2	X
3	Necesidad de estimulación/Tendencia al aburrimiento	0	1	2	X
4	Mentiroso patológico	0	1	2	X
5	Estafador/Manipulador	0	1	2	X
6	Ausencia de remordimiento o sentimiento de culpa	0	1	2	X
7	Afecto superficial	0	1	2	X
8	Insensibilidad afectiva/Ausencia de empatía	0	1	2	X
9	Estilo de vida parasitario	0	1	2	X
10	Pobre autocontrol de la conducta	0	1	2	X
11	Conducta sexual promiscua	0	1	2	X
12	Problemas de conducta en la infancia	0	1	2	X
13	Ausencia de metas realistas a largo plazo	0	1	2	X
14	Impulsividad	0	1	2	X
15	Irresponsabilidad	0	1	2	X
16	Incapacidad para aceptar la responsabilidad de las propias acciones	0	1	2	X
Para los ítems 17 a 20, consulte las indicaciones que se incluyen a pie de página.					
17	Frecuentes relaciones maritales de corta duración*	0	1	2	X
18	Delincuencia juvenil**	0	1	2	X
19	Revocación de la libertad condicional**	0	1	2	X
20	Versatilidad criminal***	0	1	2	X

* Edad inferior a 30 años: 0 = 0-1 1 = 2- 2 = 3 ó más X = Omitido

Edad de 30 años o superior: 0 = 0-2 1 = 3 2 = 4 ó más X = Omitido

** 0 = ningún delito 1 = delitos menores 2 = delitos graves X = Omitido

*** 0 = 0-3 1 = 4-5 2 = 6 ó más X = Omitido



Copyright © 2003 by MHS, Multi-Health Systems, Inc.

Copyright © de la adaptación española, 2010 by TEA Ediciones, S.A.U., Madrid, España.

Edita: TEA Ediciones, S.A.U.; Fray Bernardino Sahagún, 24; 28036 Madrid, España - Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS.

Sí le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE.

Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Impreso en España. Printed in Spain.

Anexo 4. Escala de traumas infantiles CTQ-SF

Escala de Traumas Infantiles (Childhood Trauma Questionnaire, CTQ-SF)

Lea detenidamente las preguntas y puntúe en qué grado cada afirmación es verdad para usted con una equis. Aunque las preguntas son acerca de temas personales e íntimos, es necesario que responda de forma honesta.

Edad:

Sexo:

Quando era niño o adolescente:	NUNCA 1	RARAMENTE 2	A VECES 3	A MENUDO 4	CASI SIEMPRE 5
1. No tenía suficiente para comer					
2. Me sentía cuidado y protegido					
3. Algunos miembros de mi familia me llamaban "tonto", "flojo" o "feo"					
4. Mis padres estaban demasiado borrachos o "drogados" para ocuparse de la familia					
5. Alguien de mi familia me hacía sentir importante o especial					
6. Tenía que vestirme con ropa sucia					
7. Me sentía querido					
8. Pensaba que mis padres no querían que hubiera nacido					
9. Me golpeaban tan fuerte que tuve que ir al médico o al hospital					
10. No he querido cambiar de familia					
11. Algún miembro de mi familia me pegaba tan fuerte que me dejaba marcas o moretones					
12. Me castigaban con un cinturón, un palo, una cuerda u otro objeto contundente					
13. Los miembros de mi familia cuidaban unos de otros					
14. Miembros de mi familia me insultaban o decían cosas que me hacían daño					
15. Creo que he sido maltratado físicamente					
16. He tenido una infancia perfecta					
17. Me golpeaban tan fuerte que alguien llegó a notar las marcas					
18. Sentía que alguien de mi familia me odiaba					
19. Los miembros de mi familia se sentían cercanos entre sí					
20. Alguien intentó tocarme o me hizo hacer tocaciones sexuales					
21. Alguien me amenazó con hacerme daño sin no hacía algún acto sexual con él o ella					
22. Tenía la mejor familia del mundo					
23. Alguien me obligó a hacer actos sexuales o me hizo ver tales actos					
24. He sido víctima de acoso sexual					
25. Creo que sufrí maltrato psicológico					
26. Había alguien que me llevaba al médico si lo necesitaba					
27. Pienso que han abusado de mí sexualmente					
28. Mi familia era una fuente de seguridad y apoyo					