



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**ABORDAJE INTEGRAL A NIVEL NACIONAL PARA PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON TRASTORNO  
DE PERSONALIDAD ESQUIZOTÍPICA CON CONDUCTAS VIOLENTAS Y DELICTIVAS**

Tesis sometida a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado de  
Psicología Clínica para optar al grado y título de Especialista en Psicología Clínica

Msc. Rigel K. Acuña Moreno

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2014

## **Dedicatoria**

... Cuando dejas tus zapatos  
pegaditos a los míos, no sé bien,  
no entiendo bien si estoy  
construyéndote un futuro  
o curándome un pasado  
pero sé que este cuento no acabó.

Despierta, cortas son mis alas  
pero están dispuestas al amor.

Ese colegio es todo un paraíso  
y en el camino existen bichos y color.  
Sólo despierta, o hazme un lugarcito  
para soñar y olvidemos el reloj...

A Fabi.

## Agradecimientos

Agradezco en primera instancia a Dios, por la oportunidad de haber emprendido una vez más una meta académica, por permitirme alcanzar un sueño y estar junto a mí siempre, por la fortaleza, paciencia y perseverancia que me brindó día a día.

Gracias Miguel y Fabi, por apoyarme, motivarme y acompañarme en ésta aventura, por la comprensión y el tiempo que esperaron. Gracias Ma y Abue por sus oraciones y “cabitos de velas encendidas”. A mis demás familiares y seres queridos que de una u otra manera estuvieron presente gracias.

Agradezco a quienes fueron mis supervisores, Natalia Quesada, Mariano Solórzano, Silvia Carrera, Rocío Jiménez, Karen Quesada, Natasha Robles, Elena Alvarado y Adriana Cortés, por compartir su conocimiento de manera desinteresada, brindarme su tiempo y enseñarme con cariño la importancia del trabajo como Psicólogos Clínicos.

De manera especial quiero agradecer a Cinthya Mena, Marcela López, Liza Arroyo, Fabián Badilla y Alfonso Villalobos, que además de enseñarme el quehacer de nuestra profesión, me apoyaron a superar el cansancio, me alentaron de manera positiva a seguir aprendiendo y más importante, me apoyaron a ser mejor persona.

A los profesores del posgrado y el personal administrativo, por su apoyo durante el curso de la Especialidad.

*“La gratitud prepara el camino. Sentíos tan agradecidos a la existencia como os sea posible... Por cosas pequeñas, no solo por las grandes...por el simple acto de respirar. No tenemos ningún derecho sobre la existencia, de modo que aquello que se recibe es un regalo.”*

Osho

*“Nos calienta el fuego, no el humo.  
Nos transporta por mar un barco, no la estela que deja en el mar.  
Del mismo modo,  
lo que somos hay que buscarlo en las profundidades invisibles de nuestro ser,  
no en el reflejo exterior de nuestro obrar.  
Nuestra realidad íntima hemos de encontrarla en el alma,  
Principio de todos nuestros actos”.*

Thomas Merton

“Esta tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Psicología Clínica de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Especialista en Psicología Clínica”



---

Dra. Karen Quesada Retana  
**Coordinadora Nacional**  
**Posgrado en Psicología Clínica**  
**Sistema de Estudios de Posgrado**



---

Dr. Alfonso Villalobos Pérez  
**Director Académico de Tesis**



---

Msc. Rigel K. Acuña Moreno  
**Candidata**

## Tabla de Contenidos

Portada.....	I
Dedicatoria.....	II
Agradecimientos.....	III
Hoja de Aprobación.....	V
Resumen Ejecutivo.....	1
Abstract.....	2
Lista de Tablas.....	3
Lista de Abreviaturas.....	4
<b>Capítulo I.....</b>	<b>5</b>
1.1 Introducción.....	5
1.2 Justificación.....	7
<b>Capítulo II.....</b>	<b>9</b>
Marco Conceptual.....	9
2.1 Trastornos de la Personalidad.....	9
2.1.1 Características Diagnósticas de los Trastornos de la Personalidad.....	10
2.1.2 Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo.....	10
2.1.3 Curso.....	11
2.2 Trastorno Esquizotípico de la Personalidad.....	11
2.2.1 Características diagnósticas.....	11
2.2.2 Síntomas y trastornos asociados.....	13
2.2.3 Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo.....	14
2.2.4 Criterios diagnósticos del Trastorno Esquizotípico de la Personalidad.....	14
2.3 Neurobiología del Trastorno de Personalidad Esquizotípica.....	15
2.4 Teorías criminológicas sobre la delincuencia.....	18
2.4.1 Categorías Diagnósticas de Trastornos de los Personalidad y Conductas Violentas.....	23
2.4.2 Influencia de los rasgos de la personalidad sobre los procesos cognitivos superiores (procesamiento de la información, toma de decisiones y resolución de problemas).....	24

2.4.3 La impulsividad.....	25
2.4.4 Neuropsicología de la Conducta Violenta Humana.....	27
2.4.5 Trastorno esquizotípico de la personalidad.....	28
2.4.6 Incidencia de los trastornos de personalidad en la imputabilidad en el ámbito forense.....	29
2.5 Abordaje Psicológico para personas diagnosticadas con Trastorno de la Personalidad Esquizotípica.....	29
2.5.1 El tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de la personalidad.....	30
2.5.1.1 Tratamiento del trastorno esquizotípico de la personalidad.....	31
2.5.2 Terapias de tercera generación.....	33
2.5.2.1 Terapia Dialéctico Conductual (TDC).....	34
2.5.2.2 Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).....	36
2.5.2.3 Psicoterapia Analítico Funcional (FAP).....	37
2.5.3 Evidencia empírica de las terapias de tercera generación en los trastornos de la personalidad.....	38
2.6 Abordaje integral de las personas con Trastornos de la Personalidad en Costa Rica.....	38
2.6.1 Centro para la Atención de Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley (CAPEMCOL).....	40
2.6.1.1 Objetivos del Servicio.....	42
2.6.1.2 Estructura Organizativa.....	42
2.6.1.3 Población Meta.....	45
2.6.1.4 Planta Física.....	45
<b>Capítulo III.....</b>	<b>46</b>
Objetivos.....	46
3.1 Objetivo General.....	46
3.2 Objetivos Específicos.....	46
<b>Capítulo IV.....</b>	<b>47</b>
Metodología.....	47
4.1 Tipo de Estudio.....	47
4.2 Recolección y Selección de la Información.....	47
4.2.1 I Fase. Recolección y Selección de la Información.....	48

4.2.2 II Fase. Sistematización y Análisis.....	49
<b>Capítulo V.....</b>	<b>50</b>
Resultados.....	50
Discusión.....	59
<b>Capítulo VI.....</b>	<b>64</b>
Conclusiones.....	64
<b>Capítulo VII.....</b>	<b>67</b>
Referencias Bibliográficas.....	67



## Resumen Ejecutivo

En la presente investigación se realizó una revisión bibliográfica, con el fin de poder describir el abordaje integral, a nivel nacional, que se les brinda a las personas diagnosticadas con Trastorno de Personalidad Esquizotípica que presentan conductas violentas y delictivas.

Lo anterior con el fin de conocer las intervenciones psicológicas disponibles a nivel nacional para el abordaje de éstas conductas, que presenten las personas diagnosticadas con Trastorno de la Personalidad Esquizotípica. Además, se analizó la legislación nacional vigente que regula las conductas violentas y delictivas de éstas personas.

El conocer el tipo de intervenciones psicológicas, la efectividad y aplicación de éstas técnicas, le brinda la posibilidad al profesional en Psicología de abordar con mayor certeza éstas situaciones, aunado a lo anterior, la legislación a nivel nacional le ofrece la posibilidad al personal de salud de intervenir de manera asertiva, apegada a ley, respetando los derechos que las personas con diagnóstico de Trastorno de la Personalidad Esquizotípica.

La información recopilada y analizada permite conocer que los trastornos de personalidad poseen un factor neurobiológico y genético importante, implicados en el comportamiento y evolución de la conducta de las personas con estos trastornos.

Si bien es cierto, la literatura no cuenta con estudios que indiquen que un abordaje psicológico específico, es del todo efectivo, si se han propuesto terapias psicológicas que muestran efectividad y la disminución de los síntomas floridos, como lo son las terapias cognitivo-conductuales y las terapias de tercera generación.

En Costa Rica, la Caja Costarricense de Seguro de Social, ente prestador de servicios de salud, en coordinación con el Ministerio de Seguridad, brindan a la población la posibilidad de un abordaje diferenciado y de acuerdo a las necesidades de las personas con Trastorno de la Personalidad Esquizotípico.

## **Abstract**

In this research, a literature review was conducted, in order to describe an integrated approach at national level, which is given to people diagnosed with Schizotypal Personality Disorder exhibiting violent and criminal behavior.

This in order to meet psychological interventions available nationwide for addressing these behaviors submitted to those people diagnosed with Schizotypal Personality Disorder. Also, existing national legislation regulating violent and criminal behavior of these individuals was analyzed.

Knowing the type of psychological interventions, effectiveness and application of these techniques, offers the possibility to Professionals of Psychology to deal with more certainty these situations; besides, the legislation at national level offers the possibility to health workers to assertively intervene, attached to law and respecting the rights that people diagnosed with Schizotypal Personality Disorder have.

The information collected and analyzed allows us to know that personality disorders have an important neurobiological and genetic factor which is involved in the behavior and the evolution of behavior of people with these disorders.

Certainly, the literature lacks studies indicating that a specific psychological approach is quite effective; on the other hand, psychological therapies that show effectiveness and decreasing florid symptoms, such as cognitive behavioral therapies and third generation therapies have been proposed.

In Costa Rica, the Social Security System, an institution that provides health care, in coordination with the Security Ministry, provide the population with the possibility of a different approach and according to the needs of people with Personality Disorder Schizotypal.

## Lista de Tablas

Tabla No. 1	Rasgos de la personalidad criminal.....	21
Tabla No. 2	Resumen de aportaciones multidisciplinarias sobre factores de riesgo para la conducta delictiva (relativos a la personalidad del delincuente).....	26
Tabla No. 3	Resumen de los procedimientos cognitivo-conductuales utilizados para el tratamiento del trastorno esquizotípico de la personalidad.....	32

## Lista de abreviaturas

<b>Abreviatura</b>	<b>Significado</b>
APA	American Psychiatry Association
ACT	Terapia de Aceptación y Compromiso
CAPEMCOL	Centro para la Atención de Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CCR	Conducta Clínicamente Relevante
DCL-R	Escala de Psicopatía
DSM-IV-TR	Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales IV Texto Revisado
DSM-V	Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales V
DSPD	Trastorno de la Personalidad Grave y Peligroso
FAP	Psicoterapia Analítico Funcional
TDAH	Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad
TDC	Terapia Dialéctico Conductual
TETP	Trastorno Esquizotípico de la Personalidad
TP	Trastorno de la Personalidad
SNA	Sistema Nervioso Autónomo

## Capítulo I

### Introducción

Con frecuencia se ha considerado que la conducta delictiva es una expresión o reflejo de la psicopatología particular de la persona imputada (en el caso de evidenciarse algún tipo de anomalía o alteración psíquica), y posiblemente que el estudio y análisis de la conducta delictiva revelará aspectos de la personalidad de aquellas personas que exhiben conductas violentas y delictivas. Sin embargo, conocer el motivo de la conducta punible precisa de un estudio más exhaustivo donde será preciso recabar información sobre su biografía, rasgos de personalidad, neurobiología, antecedentes penales, entorno social, cultural y familiar.

Diversas investigaciones desde una perspectiva biológica, (Salam, Manjula, Sudhir & Sharma, 2013; Marín & Fernández, 2007), sugieren factores neurobiológicos implicados en el trastorno de personalidad esquizotípico, como trastornos cognitivos, anomalías estructurales, sobre todo de la corteza temporal y además plantean una similitud en la estructura neurobiológica entre el trastorno de la personalidad esquizotípica y el trastorno esquizofrénico.

En cualquier caso, para poder relacionar los trastornos de la personalidad y la influencia de éste en la conducta violenta y delictiva, y si por consiguiente pueden tener implicaciones legales en la valoración de la responsabilidad penal de la persona imputada, es preciso, en primer lugar, conocer acerca de los trastornos de personalidad, el trastorno de personalidad esquizotípico, específicamente, y en aquellas características del trastorno de personalidad que podrían promover las conductas violentas y delictivas.

De acuerdo a la revisión de la literatura científica que se realiza, se ofrece evidencias de la relación que existe entre trastornos de la personalidad y conductas violentas y delictivas, centrándose con frecuencia en las conductas violentas. Sin embargo, la relación entre trastorno de la personalidad y éstas conductas es compleja, dada la influencia de otros factores como el consumo de alcohol y drogas, además, factores sociodemográficos y neurobiológicos, que deben considerarse para

realizar el diagnóstico adecuado, evidencias de esta explicación multifactorial ya hace tiempo que fueron expuestas en la revisión efectuada en el año 1942 por Metfessel y Lovell.

González (2011), retoma éstos investigadores, quienes destacaban la inviabilidad de detectar una causa única que explicase la conducta criminal, recabando datos de las investigaciones que hasta esa fecha ilustraban la multicausalidad del fenómeno de la delincuencia (edad cronológica, sexo, raza y nacionalidad, así como, rasgos físicos, inteligencia y rasgos específicos de la personalidad) señalando también la no existencia de un perfil criminal general.

Los diferentes abordajes integrales de éstas conductas violentas y delictivas en el trastorno de personalidad esquizotípico, propone desde la rehabilitación, una reinserción en el entorno familiar y social, lejos del aislamiento y reclusión en un sistema penal de las personas con ésta problemática.

A nivel nacional, la legislación vigente, propone de igual manera, el establecimiento de un diagnóstico en el marco de la salud y su atención, basado en el principio del derecho de salud de todo ciudadano costarricense, además, especifica cuando una persona puede ser juzgada y cuando se le considera con imputabilidad disminuida o inimputable.

El presente trabajo de investigación se realiza mediante la metodología de revisión bibliográfica, la cual cuenta con fases para la selección, organización y sistematización de la información relevante acerca del tema y finalmente se analiza.

Los temas principales que se rescatan, se organizaron en tres grupos de acuerdo a los tres objetivos específicos de la investigación; 1. Las conductas violentas y delictivas en personas diagnosticadas con el Trastorno de Personalidad Esquizotípica, 2. Intervenciones psicológicas disponibles para el abordaje de conductas violentas y delictivas que presentan las personas diagnosticadas con Trastorno de la Personalidad Esquizotípica, y finalmente 3. La legislación nacional vigente que regula las conductas violentas y delictivas de las personas diagnosticadas con el Trastorno de Personalidad Esquizotípica.

## Justificación

La importancia sobre el riesgo de violencia se ha concedido a los Trastornos de Personalidad, por razones de política criminal, de acuerdo a lo que plantean Esbec & Echeberrúa (2010), en su investigación y mencionan como ejemplo; al Gobierno Británico, el cual en 1983 introdujo el concepto de “trastorno de la personalidad grave y peligroso” (DSPD), aplicado a los pacientes que reunían los siguientes criterios: a) tener una probabilidad alta de cometer un acto delictivo; b) existir una relación posible de causalidad entre el Trastorno de Personalidad y el riesgo de violencia; y c) estar afectado por un Trastorno de Personalidad grave, calificado como tal cuando el sujeto tiene una puntuación superior a 30 en la Escala de Psicopatía (PCL-R), una puntuación de entre 25 y 29 en la PCL-R junto al diagnóstico de un Trastorno de Personalidad del Manual Diagnóstico de Enfermedades Mentales o dos o más diagnósticos de Trastorno de Personalidad de éste Manual. La introducción de este “diagnóstico político” fue muy criticada, refieren los autores, por su carácter científico y por las implicaciones éticas que conlleva.

El efectuar estudios e investigaciones rigurosas y de manera sistematizada, brindará la posibilidad de conocer, la influencia de los Trastornos de Personalidad, específicamente el Trastorno de Personalidad Esquizotípica, en la conducta violenta y en la peligrosidad real de estas personas. Aunque el diagnóstico de Trastorno de Personalidad Esquizotípica, por sí solo puede ser considerado como un factor de riesgo, se debe ser consciente que la mayoría de las personas diagnosticadas con éstos trastornos no son violentas, ni lo han sido nunca; muchas personalidades anormales son más bien víctimas propiciatorias que delincuentes; ningún trastorno de personalidad está asociado necesariamente a conductas violentas de forma permanente; y desde un planteamiento dinámico y motivacional, un trastorno de personalidad no explica por sí solo la conductas violentas y delictivas.

La investigación desde una perspectiva biológica, realizada por Salam, Manjula, Sudhir & Sharma, (2013), sugiere diversos factores neurobiológicos implicados en el trastorno de personalidad esquizotípico. Marín & Fernández (2007), indican que los pacientes con trastorno de personalidad esquizotípica, tienen un perfil de trastornos cognitivos y anomalías estructurales, sobre todo de la corteza temporal, similares a las que se encuentran en pacientes con esquizofrenia.

De acuerdo a Caballo (2001), los tratamientos disponibles para los trastornos de la personalidad son variados, pero en general, no resultan muy eficaces, por las dificultades encontradas en la modificación de los patrones desadaptativos de la personalidad, aunque existen numerosos enfoques dirigidos a la modificación de los trastornos de la personalidad, como la psicoterapia de apoyo, el psicoanálisis, la terapia conductual o cognitivo-conductual o los enfoques educativos, no parece dibujarse una clara opción para la intervención con este tipo de problemas.

Navarro-Leis & López (2013), consideran que aunque no se ha podido demostrar empíricamente que exista ningún tratamiento establecido como eficaz, los tratamientos de mayor eficacia son los incluidos dentro de las llamadas Terapias de Conducta de Tercera Generación, como lo son: la Terapia Dialéctica Conductual, la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Psicoterapia Analítico Funcional.

En nuestro país, de acuerdo al artículo 42 del Código Penal, las personas con discapacidad, en este caso, enfermedad mental, Trastorno de la Personalidad Esquizotípica, que cometen un delito deberían recibir un tratamiento y no estar recluidos en los centros penales para las personas que no poseen una enfermedad mental, razón por la cual el Centro para la Atención de Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley (CAPEMCOL), se encarga del abordaje de manera integral en cumplimiento de la ley y los derechos de éstas personas.



## Capítulo II

### Marco Conceptual

Para el presente trabajo de investigación y su mayor comprensión, se desarrollará a continuación la definición de Trastorno de Personalidad y Trastorno de Personalidad Esquizotípico de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV-TR y DSM-V). Para fines de la presente investigación se considera importante retomar de manera textual la definición de “Trastorno de Personalidad” y específicamente el Trastorno de Personalidad Esquizotípico”, dado que introduce al lector a la comprensión de la temática.

#### **Trastornos de la Personalidad**

De acuerdo al DSM-IV-TR;

Un trastorno de la personalidad, es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto.

Los trastornos de la personalidad están reunidos en tres grupos que se basan en las similitudes de sus características. El grupo A incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer raros o excéntricos. El grupo B incluye los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer dramáticos, emotivos o inestables. El grupo C incluye los trastornos por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer ansiosos o temerosos. Es frecuente que los individuos presenten al mismo tiempo varios trastornos de la personalidad pertenecientes a grupos distintos.

## **Características Diagnósticas de los Trastornos de la Personalidad**

Los rasgos de personalidad son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. Los rasgos de personalidad sólo constituyen trastornos de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo.

La característica principal de un trastorno de la personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognitiva, afectiva, de la actividad interpersonal o del control de los impulsos. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales y provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

El patrón es estable y de larga duración y se puede descubrir que su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta. El patrón no es atribuible a una manifestación o una consecuencia de otro trastorno mental y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo: una droga, una medicación o la exposición a un tóxico) ni a una enfermedad médica (por ejemplo, traumatismo craneal). Los ítems en cada grupo de criterios para cada uno de los trastornos de la personalidad específicos son enumerados en orden de importancia diagnóstica decreciente según los datos relevantes sobre eficiencia diagnóstica (cuando existen).

### **Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo**

La valoración de la personalidad debe tener en cuenta los antecedentes étnicos, culturales y sociales del sujeto. Los trastornos de la personalidad no se deben

confundir con problemas asociados a la adaptación a una cultura diferente que se da tras la inmigración o con la expresión de hábitos, costumbres o valores religiosos o políticos propios de la cultura de origen del sujeto. En especial si se evalúa a alguien de una cultura diferente, resulta útil para el clínico obtener información de gente que conozca el entorno cultural del sujeto.

## **Curso**

Las características de un trastorno de la personalidad suelen hacerse reconocibles durante la adolescencia o al principio de la edad adulta. Por definición, un trastorno de la personalidad es un patrón persistente de formas de pensar, sentir y comportarse que es relativamente estable a lo largo del tiempo. Algunos tipos de trastornos de la personalidad (especialmente el trastorno antisocial y el de límite de la personalidad) tienden a atenuarse o a remitir con la edad, lo que no parece ser el caso en algunos otros tipos (por ejemplo, el trastorno obsesivo-compulsivo y el esquizotípico de la personalidad). (APA, 2002, págs. 765-768).

## **Trastorno Esquizotípico de la Personalidad**

### **Características diagnósticas**

La característica esencial del trastorno esquizotípico de la personalidad es un patrón general de déficit sociales e interpersonales caracterizados por un malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como por distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento. Este patrón comienza al inicio de la edad adulta y se observa en diversos contextos.

Los individuos con trastorno esquizotípico de la personalidad suelen tener ideas de referencia (por ejemplo, interpretaciones incorrectas de incidentes casuales y acontecimientos externos como poseedores de un significado especial e inhabitual específico para esa persona). Esto debe diferenciarse de las ideas delirantes de

referencia en las que las creencias son mantenidas con una convicción delirante. Estos sujetos pueden ser supersticiosos o estar preocupados por fenómenos paranormales ajenos a las normas de su propia subcultura. Pueden sentir que tienen poderes especiales para notar los hechos antes de que sucedan o para leer los pensamientos de los demás. Pueden creer que tienen un control mágico sobre los demás, que puede ser utilizado directamente (por ejemplo, creer que el que la esposa saque el perro a pasear es el resultado directo de que uno pensase que debía hacerlo una hora antes) o indirectamente a través de realizar rituales mágicos (por ejemplo, pasar tres veces por encima de un determinado objeto para evitar que ocurra alguna desgracia).

Pueden presentarse alteraciones perceptivas (por ejemplo, sentir que otra persona está presente u oír una voz murmurar su nombre). Su lenguaje puede incluir frases o construcciones raras o idiosincrásicas. Frecuentemente es indefinido, disgresivo o vago, pero sin un verdadero descarrilamiento o incoherencia. Las respuestas pueden ser demasiado concretas o demasiado abstractas y las palabras y los conceptos se aplican algunas veces de formas poco habituales.

Los individuos con este trastorno suelen ser recelosos y pueden presentar ideación paranoide (por ejemplo, creer que sus colegas en el trabajo están tratando de manchar su reputación ante su jefe). Frecuentemente, no son capaces de hacer servir todo el abanico de afectos y habilidades interpersonales necesarias para relacionarse adecuadamente y, por tanto, suelen interactuar con los demás de una manera inapropiada, inflexible o constreñida.

Estos sujetos son considerados frecuentemente raros o excéntricos a causa de sus manierismos poco corrientes, una forma tosca de vestir que «no se lleva» y una falta de atención a las convenciones sociales habituales (por ejemplo, la persona puede evitar el contacto visual, vestir ropas teñidas y mal hechas y ser incapaz de participar en las bromas con los compañeros del trabajo).

Los sujetos con trastorno esquizotípico de la personalidad interpretan como problemáticas las relaciones interpersonales y no se encuentran cómodos relacionándose con otras personas. Aunque pueden expresar infelicidad debido a la falta de relaciones, su comportamiento sugiere una falta de deseos de contactos íntimos. Como resultado, acostumbran a tener pocos o ningún amigo íntimo o persona de confianza aparte de los familiares de primer grado. Se sienten ansiosos en situaciones sociales, especialmente en las que implican a gente desconocida. Interactúan con otros cuando tienen que hacerlo, pero prefieren encerrarse en sí mismos, porque sienten que ellos son diferentes de los demás y no «encajan».

### **Síntomas y trastornos asociados**

Los individuos con trastorno esquizotípico de la personalidad suelen buscar tratamiento para los síntomas asociados de ansiedad, depresión u otros estados de ánimo disfóricos, más que para las características del trastorno de la personalidad per se. Los sujetos con este trastorno de la personalidad pueden experimentar episodios psicóticos transitorios (que duran minutos u horas), especialmente en respuesta al estrés, aunque en general son de una duración insuficiente para merecer el diagnóstico adicional de un trastorno psicótico breve o un trastorno esquizofreniforme.

En algunos casos se presentan síntomas psicóticos significativos que cumplen los criterios para un trastorno psicótico breve, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o una esquizofrenia. Más de la mitad tienen historia de al menos un episodio depresivo mayor. Entre el 30 y el 50% de las personas diagnosticadas de este trastorno reciben un diagnóstico concurrente de trastorno depresivo mayor cuando son admitidos en un centro clínico. El trastorno esquizotípico de la personalidad se presenta con más frecuencia simultáneamente con los trastornos de la personalidad esquizoide, paranoide, por evitación y límite.

## **Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo**

El trastorno esquizotípico de la personalidad puede hacerse patente por primera vez en la infancia o la adolescencia a través de actividades y comportamientos solitarios, una pobre relación con los compañeros, ansiedad social, bajo rendimiento escolar, hipersensibilidad, pensamiento y lenguaje peculiares y fantasías extrañas. Estos niños pueden parecer «raros» o «excéntricos» y atraer las burlas. El trastorno esquizotípico de la personalidad es un poco más frecuente en los varones.

**Prevalencia.** Se observa aproximadamente en el 3% de la población general. **Curso.** El trastorno esquizotípico de la personalidad tiene un curso relativamente estable y únicamente un pequeño número de sujetos desarrollan una esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

**Patrón familiar.** Es de incidencia familiar y más prevalente en los familiares de primer grado de los individuos con esquizofrenia que en la población general. (APA, 2002, págs. 779-781).

### ***Criterios diagnósticos del Trastorno Esquizotípico de la Personalidad***

Los criterios diagnósticos para el Trastorno de Esquizotípico de la Personalidad, son tomados del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-V, aunque se mantienen sin diferencias relevantes de la publicación anterior, el DSM-V es la presentación vigente de éste manual. A continuación, se describen los criterios;

A. Patrón dominante de deficiencias sociales e interpersonales que se manifiestan por un malestar agudo y poca capacidad para las relaciones estrechas, así como distorsiones cognitivas o perceptivas y comportamiento excéntrico, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Ideas de referencia (con exclusión de delirios de referencia).

2. Creencias extrañas o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no concuerda con las normas subculturales (p. ej., supersticiones, creencia en la clarividencia, la telepatía o un "sexto sentido"; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extravagantes).
3. Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas las ilusiones corporales.
4. Pensamiento y discurso extraños (p. ej., vago, circunstancial, metafórico, sobre elaborado o estereotipado).
5. Susplicacia o ideas paranoides.
6. Afecto inapropiado o limitado.
7. Comportamiento o aspecto extraño, excéntrico o peculiar.
8. No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de los familiares de primer grado.
9. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y tiende a asociarse a miedos paranoides más que con juicios negativos sobre sí mismo.

B. No se producen exclusivamente en el curso de una esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, otro trastorno psicótico o un trastorno del espectro del autismo. (APA, 2013, págs. 361-362).

## **Neurobiología del Trastorno de Personalidad Esquizotípica**

Peled (2012) considera que actualmente se cuenta con sólidos hallazgos sobre las bases neurobiológicas de trastornos, desde los más simples, hasta los más complejos como los trastornos de personalidad. De este modo, los trastornos de personalidad, pueden ser considerados en términos de alteraciones, debidas a perturbaciones en el desarrollo de las redes neuronales, que provocan que las representaciones internas sean sesgadas, limitadas, persistentes y no adaptativas. De acuerdo a lo planteado por dicho autor, la forma en que una persona se representa al mundo y cómo debe actuar en y frente a él se conforma a partir de los efectos que la experiencia provoca en términos de plasticidad celular. (Pedrero-Pérez, Ruiz-Sánchez de León, Lozoya-Delgado, Rojo-Mota, Llanero-Luque & Puerta-García, 2013).

Pereda, Gallardo-Pujol & Jiménez (2011), proponen que el estudio del desarrollo de la personalidad se ha visto impulsado, entre otros factores, por los avances genéticos, mostrando que la personalidad viene dada por la combinación entre genes específicos y los acontecimientos vitales acontecidos por el individuo.

Existen pocos trabajos que hayan explorado la relación entre la presencia de acontecimientos vitales en el individuo y los trastornos de personalidad del grupo A (Lobbestael, Arntz & Bernstein, 2010) entre ellos, los que han explorado la relación entre síntomas esquizotípicos y abuso sexual infantil en muestras comunitarias son los más frecuentes. Estos trabajos encuentran que el hecho de haber sufrido maltrato infantil eleva la verosimilitud de presentar un trastorno esquizotípico de la personalidad en la edad adulta (Lentz, Robinson & Bolton, 2010).

Siever & Weinstein (2009), consideran que los avances de la neurociencia han promovido la comprensión del papel de los circuitos del cerebro, la genética, el estrés, y neuromoduladores en la regulación de la conducta normal y en la patogénesis de la psicopatología, además, ha posibilitado una mayor comprensión del papel de la neurobiología de las diferencias individuales en los trastornos de la personalidad. Las diferencias individuales en la regulación y organización de los procesos cognitivos, la reactividad afectiva, impulsividad y la ansiedad pueden ser factores de riesgo para los trastornos de personalidad, como el trastorno límite y esquizotípico.

De acuerdo a Tamayo (2009), todos los rasgos de personalidad tienen un componente heredable sustancial, considera que, los rasgos primarios pueden conceptualizarse como mecanismos adaptativos asociados a una vulnerabilidad genética. Además, menciona que la impulsividad, la irritabilidad, agresividad y las alteraciones emocionales son comunes a varios trastornos de la personalidad y que éstos, están asociados a alteraciones serotoninérgicas, dopaminérgicas y glutamatérgicas. Las áreas cerebrales que controlan las emociones como la CPF y el cíngulo son disfuncionales en pacientes con trastorno de la personalidad.

Aunado a lo anterior, se considera que la corteza de asociación auditiva aparece disfuncional en pacientes con trastorno de personalidad esquizotípica (Hazletta, Collazoa, Zelmanova, Entisa, Chub,



Goldsteina, Roussosa, Haznedara, Koenigsberga, Newa, Buchsbaumd, Hershowitza, Sievera & Byne, 2012).

La investigación desde una perspectiva biológica, realizada por Salam, Manjula, Sudhir & Sharma, (2013), sugieren diversos factores neurobiológicos implicados en el trastorno de personalidad esquizotípico, tales como el volumen reducido del lóbulo temporal, activación frontal reducida, anomalías en los núcleos del tálamo, la reducción de la actividad cortical sub dopaminérgicas y alteraciones en la memoria de trabajo, aprendizaje verbal y la atención.

Marín & Fernández (2007), consideran que dadas las relaciones sintomatológicas y genéticas entre la esquizofrenia y el trastorno esquizotípico, la hiperactividad del sistema dopaminérgico, ha sido el sistema neurotransmisor primario estudiado en este grupo. Sugieren que los pacientes con trastorno de personalidad esquizotípica, tienen un perfil de trastornos cognitivos y anomalías estructurales, sobre todo de la corteza temporal, similares a las que se encuentran en pacientes con esquizofrenia, pero una combinación de mejores reservas prefrontales y una actividad dopaminérgica más atenuada subcorticalmente, que los protege de la aparición de psicosis. A nivel neuroquímico, la actividad dopaminérgica prefrontal puede estar implicada en el funcionamiento cognitivo, además, de una reducción de los niveles raquídeos de ácido homovanílico que refleja una disminución de la actividad de la dopamina en áreas frontales en el trastorno esquizotípico de la personalidad.

Entre las áreas cerebrales implicadas en la psicopatología asociada a la conducta violenta, Sánchez, Villamil, Mazorco, García & Sapudio (2014), rescatan de su investigación, la afectación de áreas prefrontales, frontales y temporoparietales de la corteza de ambos hemisferios, giro cingulado anterior, la corteza prefrontal, la amígdala, el hipocampo, el giro temporal superior, el cuerpo calloso y la corteza cingulada. Estos mismos autores retoman lo planteado por Lopera (2008), considerando en éstas conductas, el síndrome orbitofrontal que se asocia a un proceder desinhibido, pueril y egocéntrico.

### **Teorías criminológicas sobre la delincuencia**

Muñoz (2007), menciona que los paradigmas criminológicos comportan un conjunto de asunciones previas y de creencias sobre el funcionamiento de la sociedad en general y de la delincuencia en particular. Clásicamente se señalan tres paradigmas o concepciones criminológicas alrededor de las cuales irán creándose distintas teorías, las cuales considera este mismo autor:

- Paradigma del “libre albedrío”
- Paradigma científico o positivista
- Paradigma social

De acuerdo a lo planteado por Muñoz (2007), los dos primeros paradigmas centran su atención en la explicación de la conducta delictiva, aunque diferenciándose en la perspectiva explicativa que adoptan. El paradigma social tiene por objetivo el análisis de la respuesta al delito. El paradigma del libre albedrío no deja margen a la consideración que factores individuales influyan sobre el individuo a la hora de cometer un acto delictivo. Desde esta perspectiva se asume que el ser humano tiene la capacidad y libertad para decidir acerca de cometer o no delitos. Si decide hacerlo, se entiende como una expresión de su voluntad.

Los postulados de este paradigma que plantea Muñoz (2007), se podrían resumir en los siguientes puntos: las conductas humanas tienden a la obtención del placer y evitación del dolor; todos los seres humanos tienen capacidad suficiente para decidir sobre sus actos, incluidos los delictivos; cuando alguien realiza un delito es porque obtiene beneficio de ello; mediante la imposición de la pena debe contrarrestarse los beneficios que el delincuente espera obtener del delito; las penas cumplen dos fines: la prevención general (mediante la ejemplificación del castigo del delincuente, el resto de ciudadanos no delinquirían) y prevención especial (evitar la reincidencia del delincuente). Desde este punto de vista, no resulta relevante el estudio de las diferencias individuales en la personalidad de los delincuentes.

Pero contrariamente al paradigma del libre albedrío, Muñoz (2007), considera que el paradigma científico o positivista postula que el individuo delinque por factores individuales o sociales. Desde esta perspectiva, el individuo no es libre, ya que hay una serie de factores sociales, biológicos,

psicológicos, etc, que le predisponen a delinquir. Por este motivo, y para prevenir el surgimiento de las conductas delictivas hay que profundizar y tratar las causas que pueden provocarlas. Dentro del paradigma científico se enmarcan las teorías sociológicas, biológicas y psicológicas.

Serrano (2005) resalta aspectos de interés en el estudio de las carreras delictivas:

- prevalencia o participación: número de personas que cometen delitos en un momento concreto.
- incidencia o frecuencia individual: número de delitos que comete un delincuente activo en un periodo concreto de tiempo.
- características del tipo delictivo, discriminando entre versatilidad criminal vs especialización criminal: comisión de delitos de distinta naturaleza o por el contrario concentración de delitos semejantes.
- escalada en gravedad de la conducta delictiva. Con el estudio de las carreras criminales se puede observar la tendencia a cometer delitos cada vez más graves o la inexistencia de tal tendencia.
- continuidad o decaída de la actividad delincuencia: desarrollo temporal de la conducta delictiva.

Muñoz (2007), retoma a Lösel & Bender (2003), quienes señalaban que el desarrollo de una carrera delictiva obedece a la acumulación de distintos factores de riesgo, entre los cuales apuntan: crianza deficitaria y falta de armonía en el hogar, falta de apego, rechazo del grupo de iguales, asociación con amigos antisociales, relaciones heterosexuales difíciles, ambiente multiproblemático y bajo nivel socioeconómico, temperamento difícil y bajo autocontrol, sesgos en el procesamiento de la información, pensamientos desadaptados, estilo de vida persistentemente antisocial, factores genéticos y problemas neurológicos, déficit cognitivos y problemas de atención, dificultades en la escuela, déficit en habilidades y situación de paro laboral. Ninguno de estos factores por separado se entiende como una condición previa para optar por el camino delincuencia, sin embargo, el acceso a una vida adaptada será cada vez más difícil en la medida en que se de acumulación progresiva de factores delictógenos con sus respectivas consecuencias.

Las “Teorías Integradoras” surgen con el objetivo de tratar de integrar el conjunto de conocimientos acumulados por las distintas teorías criminológicas para conseguir un mejor y más completo conocimiento de la delincuencia. Muñoz (2007) concuerda con según Cid & Larrauri, quienes consideran que la integración requiere aceptar que el objeto básico de las teorías criminológicas es establecer factores asociados a la delincuencia y que, por tanto, puede suceder perfectamente que un fenómeno delictivo aparezca asociado con factores señalados por diversas teorías: parten de integrar y relacionar los factores individuales o personales que pueden influir en el delito con los factores sociales y estructurales.

Farrington (mencionado por Muñoz 2007) es uno de los principales exponentes de estas teorías integradoras. En su opinión, la delincuencia se produce mediante un proceso de interacción entre el individuo y el ambiente, que él divide en distintas etapas:

1. Surge la motivación: los principales deseos que producen actos delictivos son deseos de bienes materiales, de prestigio social y búsqueda de excitación. Estos deseos pueden ser inducidos culturalmente o pueden responder a situaciones específicas.
2. Se busca el método legal o ilegal de satisfacer los deseos. Destaca el hecho de que algunas personas (sobre todo jóvenes de clase baja) tengan menos posibilidades o capacidad de satisfacer sus deseos mediante métodos legales o socialmente aprobados, y por ello tiendan a elegir métodos ilegales o desaprobados socialmente.
3. La motivación para cometer actos delictivos se magnifica o disminuye por las creencias y actitudes interiorizadas sobre el significado de infringir la ley, que han sido desarrolladas mediante un proceso de aprendizaje como resultado de una historia de recompensas y castigos (y que habrá dado lugar a un perfil característico de personalidad del individuo).
4. Proceso de decisión en una situación particular que se verá afectada por los factores situacionales inmediatos. Si la motivación para cometer el acto delictivo sobrevive a esta tercera etapa, que esta se convierta en realidad, en cada situación, dependerá de los costes, beneficios y probabilidades del posible resultado.
5. Las consecuencias del delinquir influyen en la tendencia criminal y en los cálculos coste – beneficios de futuros delitos.

Con su Teoría Integradora, Farrington (1992) diferencia entre “tendencia antisocial” de un individuo y “decisión” de cometer el delito. La tendencia antisocial dependería de lo descrito en las tres primeras etapas, y la decisión se produciría en la interacción del individuo con una situación concreta (4ª etapa). Tras las investigaciones que realiza este mismo autor, señala que “la delincuencia alcanza su cuota máxima entre los 14 y 20 años, porque los adolescentes (especialmente aquellos de clase baja que abandonaron los estudios) tienen fuertes deseos de excitación, cosas materiales y estatus entre sus iguales, pocas posibilidades de satisfacer estos deseos legalmente y poco que perder. Por el contrario, después de los 20 años, los deseos se atenúan o se vuelven más realistas, hay más posibilidades de adquirir esas metas más limitadas legalmente, y los costos de la delincuencia son mayores”.

Siguiendo a Chargoy (1986), la combinación de los rasgos de la personalidad criminal posibilita estimar o valorar la capacidad que tiene una persona para cometer conductas antisociales (peligrosidad) o “pasar al acto”. Ante los mismos estímulos físicos y medioambientales potencialmente criminógenos, no todas las personas reaccionarán del mismo modo o llegarán a cometer un acto delictivo. La diferencia estriba en la presencia de los rasgos que configuran la personalidad criminal. En la tabla a continuación, se recogen los rasgos aludidos y principales características.

**Tabla No. 1**  
**Rasgos de la personalidad criminal**

<b>Rasgo</b>	<b>Conceptualización</b>	<b>Conducta</b>	<b>Interrelaciones</b>
Agresividad	Capacidad para causar daño (físico, económico o moral)	Tendencias al desafío y/o a la discusión, propensión a la violencia y/o al enfrentamiento, tendencias a imponerse, a causar daño, a vencer o salir adelante en toda situación	Propicia el incremento de tendencias antisociales
Egocentrismo	Incapacidad para modificar valores o actitudes personales	Nulo interés por modificar valores, tendencia al perfeccionismo y la autosuficiencia, severa	Puede ser excluyente de la adaptabilidad social

	(valoración axiológica ético – moral)	inadecuación ante la crítica, sobrevaloración personal, proyección de adecuada imagen personal y/o de superioridad.	
Indiferencia Afectiva	No repercusión afectiva por sufrimiento ajeno (dolor o daño causado a los demás)	Elevado control de las emociones e impulsos, indiferencia ante el sufrimiento ajeno, estabilidad emotiva; no afectación por aspectos emotivos.	Inversamente proporcional a la labilidad emocional
Tendencias Antisociales	Conducta en contra de la sociedad	Marcada inadaptación social, no acatan reglas o normas sociales, severa conflictiva con la autoridad, baja tolerancia ante la frustración y/o la espera, anti y parasocialidad manifiesta	Junto con la identificación criminal decremantan a la adaptabilidad social, tanto de manera conjunta como aislada
Adaptabilidad social	Habilidad para adecuación a normas sociales	Facilidad para interrelacionarse socialmente, pretenden causar buena impresión	
Labilidad Afectiva	Respuesta conductual para satisfacer aspectos emotivos propios	Pobre control emotivo y de impulsos, inestables, respuesta emotiva exagerada, aspectos emotivos determinan su comportamiento	
Identificación Criminal	Contaminación por conducta antisocial.	Necesidad de pertenencia en grupos antisociales, necesidad de autoconcepto, autoimagen y status dentro del grupo antisocial, búsqueda de información relacionada con grupos antisociales	

Fuente; Chargoy (1996).

### **Categorías Diagnósticas de Trastornos de los Personalidad y Conductas Violentas**

Garrido (2003), propone que las investigaciones en distintos países señalan la prevalencia del 10 al 15% del trastorno de personalidad como diagnóstico primario entre la población de delincuentes, aunado al historial médico de un trastorno de personalidad como diagnóstico secundario de un trastorno principal, como abuso de sustancias o una psicosis, la prevalencia puede llegar hasta un rango del 50 al 90%.

Entre los tipos de conducta existentes, la conducta delictiva acapara desde muchos años atrás la atención de investigadores y profesionales que de acuerdo a González (2007), los mismos tratan de entender, prevenir, evaluar y explicar qué es lo que lleva al hombre a vulnerar la normativa legal establecida, o lo que es más importante, a violar los derechos de sus semejantes.

Maíz (2010), plantea que el delito es una conducta humana que está prohibida por ley y a la que se asocia una pena como consecuencia. Desde un punto de vista más técnico, los juristas lo definen como una acción u omisión típica, antijurídica y culpable.

Esta misma autora, concluye que la conducta delictiva es, entonces, una categoría de conducta “especial” de la infinidad de conductas del repertorio humano y que, afortunadamente, solo un porcentaje pequeño de la población emite a lo largo de su historia vital.

Aunque en general los individuos diagnosticados de algún trastorno de personalidad sufren considerables problemas familiares, escolares y laborales, de igual manera que las personas sin diagnóstico de trastorno mental, Caballo (2004), manifiesta que en absoluto se debe considerar que todo aquel que padezca un trastorno de la personalidad es un delincuente activo o en potencia, ni todo aquel que delinque estará afectado de un trastorno de personalidad, ni todo sujeto diagnosticado con uno de estos cuadros se verá implicado en problemas legales.

Sin embargo, en la actualidad no cabe duda que la etiología de la delincuencia es multifactorial de acuerdo a lo que propone González (2011), aunque se consideran algunas dimensiones psicológicas

claves. Esta autora realiza una descripción de los datos más relevantes y reiterados en diferentes investigaciones que ella realiza y otras que recopila, los cuales se presentarán a continuación:

González (2011), sigue la teoría formulada Beristain en 1989, la cual plantea cuatro principales rasgos de la personalidad del delincuente: egocentrismo, labilidad emocional, agresividad e indiferencia afectiva. Nestor (2002), de modo similar, sugiere que hay cuatro dimensiones fundamentales de la personalidad que actúan como factores de riesgo para la violencia: a) bajo control de impulsos, b) déficit en la regulación afectiva, c) narcisismo y 4) estilo cognitivo paranoide de la personalidad, y serían estos los rasgos que influirían en que algunos sujetos con trastorno de la personalidad sean violentos frente a una mayoría que no lo son.

También Esbec & Echeburúa (2010) destacan la relación entre trastorno de la personalidad y violencia en función de cuatro dimensiones de la personalidad: impulsividad, falta de regulación emocional, narcisismo y amenazas al yo. Estos autores, además identifican la ira, entendida como una emoción que se expresa con rabia, resentimiento o irritabilidad, como un común denominador de la violencia asociada a los trastornos de la personalidad, excepto la psicopatía. En cada trastorno específico la emoción de la ira sobrevendrá por motivos diversos que se relacionan con el modo que estos individuos se relacionan con el mundo, con los demás y consigo mismos, si bien en cualquier caso la ira podría considerarse como parte de la respuesta neurofisiológica ante una amenaza o daño percibido. Señalan que la ira puede causar los mismos efectos físicos (aumento del ritmo cardíaco y de la presión sanguínea, así como de los niveles de adrenalina y noradrenalina) y psicofisiológicos que podrían provocar los psicoestimulantes (descarga adrenérgica) y la desinhibición provocada por el alcohol u otras drogas.

### **Influencia de los rasgos de la personalidad sobre los procesos cognitivos superiores (procesamiento de la información, toma de decisiones y resolución de problemas)**

Los comportamientos delictivos intervienen de acuerdo a Redondo & Pueyo (2007), en interacciones, pensamientos y elecciones, emociones, recompensas, aprendizajes y socializaciones, creencias y actitudes, atribuciones, expectativas, rasgos y perfiles de personalidad, factores que sin



duda pueden verse especialmente comprometidos cuando el delincuente presenta un trastorno de la personalidad. Así mismo, consideran los autores anteriormente mencionados que el estudio de estas patologías permite comprender por ejemplo, la importancia que los esquemas cognitivos de las personas que los padecen tienen sobre la forma en la que se enfrentan e interpretan las diversas situaciones de la vida cotidiana y llegan a entrar en el terreno de lo delictivo.

Fumero, Santamaría & Jonson-Laird (2010) efectúan una descripción sobre el efecto de la personalidad en el razonamiento que llevan a cabo las personas. Estos autores, tomando como punto de partida el principio de consecuencias inferenciales de la teoría de la hiper emoción de los trastornos mentales tratan de comprobar la relación entre el porcentaje de inferencias condicionales validadas y el perfil característico de la personalidad cuando el contenido de las inferencias se relaciona con dicho perfil, llegando a comprobar parcialmente esta hipótesis y por consiguiente avalar el principio de consecuencias inferenciales. Según esta premisa, los individuos caracterizados por rasgos específicos de la personalidad mostrarán un mejor razonamiento en aquellos temas que atañen a sus características personales más relevantes y se mostrarán como expertos razonadores en ese campo.

Fumero, Santamaría & Jonson-Laird (2010), concluyen en su estudio rechazando teorías que consideran el razonamiento como la aplicación de reglas formales independientes del contenido en pro a considerar el razonamiento como un proceso semántico basado en la generación de posibilidades donde las personas contemplan unas u otras dependiendo de sus características de personalidad. Al considerar los trastornos de la personalidad como exacerbaciones de los rasgos individuales, resulta obvio suponer la enorme influencia que pueden tener sobre el razonamiento o sobre las decisiones que elige cada persona sobre un conjunto de alternativas.

### **La impulsividad**

La bibliografía suele relacionar los trastornos de la personalidad y delincuencia, González (2011), retoma el trabajo efectuado por Whiteside & Lynam en el año 2001, a través del cual identificaron cuatro facetas de la personalidad que podían considerarse propiciadoras de conductas impulsivas,

que además se asociarían a diferentes cuadros psicopatológicos y podrían ayudar en el diagnóstico diferencial de los mismos:

1. Urgencia: se refiere a la tendencia a experimentar fuertes impulsos, frecuentemente bajo condiciones de afecto negativo o malestar emocional.
2. Falta de premeditación: referida a la tendencia a actuar sin prever las consecuencias de ese acto.
3. Falta de perseverancia: dificultad para permanecer centrado en una tarea, especialmente cuando resulta aburrida o difícil.
4. Búsqueda de sensaciones: Tendencia a disfrutar y perseguir actividades excitantes y probar nuevas experiencias que puedan resultar o no peligrosas. Sería un gran error equiparar el hecho de padecer un trastorno de la personalidad con ser un delincuente.

La tabla 1, aporta los datos más consensuados de acuerdo a González (2011), dentro de algunas de las principales aportaciones que desde la biología, criminología y la psicología se han hecho al estudio de la personalidad y el fenómeno de la delincuencia, ya sea predisponiendo o suponiendo un factor de riesgo.

**Tabla No. 2**  
**Resumen de aportaciones multidisciplinares sobre factores de riesgo para la conducta delictiva (relativos a la personalidad del delincuente)**

<b>Psicología</b>	Egocentrismo, narcisismo, Inestabilidad emocional, Agresividad-Ira, Alta suspicacia (estilo cognitivo paranoide), Indiferencia afectiva, Alta impulsividad, Alta búsqueda de sensaciones, Baja empatía, Baja responsabilidad, Déficit en la adaptación al medio, Déficit en procesamientos cognitivos (selección, filtro, toma de decisiones) en personas con TP (procesamiento mediatizado por las características del TP), Sentimiento de inferioridad (compensación a través del delito), Alto psicoticismo, alta extraversión, alto neuroticismo, Locus de control externo.
-------------------	---

<b>Biología</b>	Lesiones craneales, Baja actividad del lóbulo frontal, Baja actividad del SNA, Respuesta psico galvánica reducida, TDAH, Baja inteligencia.
<b>Criminología</b>	Precocidad delictiva, Impulsividad, Psicopatía, Círculo de amistades delincuentes, Consumo de drogas, Crianza deficitaria, falta de armonía en el hogar, Rechazo del grupo de iguales, Relaciones heterosexuales difíciles, Ambiente multi problemático, Bajo nivel socioeconómico y cultural, Temperamento difícil, Bajo autocontrol, Estilo de vida persistentemente antisocial, Déficit en la escuela, Déficit de habilidades sociales, Situación de desempleo, Agresividad, Egocentrismo e Identificación criminal.

*Fuente; González (2011).*

### **Neuropsicología de la Conducta Violenta Humana**

Sánchez, Villamil, Mazorco, García & Sapudio (2014), definen la conducta violenta humana como: “un conjunto de comportamientos persistentes y repetitivos en los cuales son vulnerados los derechos básicos de los otros al igual que las normas sociales”. Consideran que una característica que se observa es la frecuente continuidad con que se presenta, iniciando con la hiperactividad.

Ésta continuidad considera factores y efectos independientes asociados a características infantiles sobre la persistencia en comportamientos violentos en la edad adulta. Lahey (2005), mencionado por Sánchez, Villamil, Mazorco, García & Sapudio (2014), rescata la relevancia que las dificultades socioeconómicas representan en la continuidad de la conducta violenta humana.

En relación a los factores de riesgo neuropsicológico asociados a la conducta violenta humana, se considera como causa asociada a un deterioro en la interconectividad neuronal que facilitan la

aparición de ésta conducta, se han asociado estilos de crianza inadecuados, abuso, maltrato infantil, modelos de conductas disruptivas y alcoholismo (Garzón & Sánchez, 2007).

### **Trastorno esquizotípico de la personalidad**

Girolamo & Reich (1996), consideraron que el trastorno esquizotípico de la personalidad, se trata de un trastorno escasamente diagnosticado en muestras forenses, ya que un porcentaje relativamente alto de estos sujetos (25%-44%) son diagnosticados equivocadamente de esquizofrenia.

Las personas con esquizotipia, como se ha mencionado anteriormente carecen de un adecuado nivel de empatía e interpretan de forma distorsionada los mensajes y señales ajenas. Las comunicaciones sociales están sujetas a su idiosincrasia y se pierden en tangencialidades, irrelevancias personales, lenguaje circunstancial y digresiones metafóricas. Por tal razón, pueden confundir fácilmente fantasía y realidad, escapando a una vida irreal y subjetiva, desconectada de la lógica y de los valores.

A ello contribuye su interés por los temas mágicos y esotéricos, así como por los fenómenos paranormales y desconocidos. Ello les lleva a ser supersticiosos, a sentir que tienen poderes especiales y a tener una sensación de control sobre los acontecimientos y las personas, bien sea a través de telepatía o de rituales. Del mismo modo, también sospechan de la capacidad de otras personas para influir sobre ellos controlándolos.

Esbec & Echeberúa (2010), encontraron que las conductas violentas se ejecutan en solitario, son el resultado de una afectividad inapropiada, carecen de un móvil claro y surgen de una forma impulsiva, sin planificación. La motivación puede ser extravagante, mesiánica o fundamentada en un pensamiento mágico o ilusorio, lo que hace muy difícilmente predecibles este tipo de conductas. Las víctimas son frecuentemente personas conocidas (familiares o cuidadores). Al surgir la violencia de una forma impulsiva y carecer de una planificación, el agresor es fácilmente identificado.

### **Incidencia de los trastornos de personalidad en la imputabilidad en el ámbito forense**

Las personas inimputables no pueden responder penalmente de sus conductas violentas porque actúan o, mejor dicho, han actuado sin libertad. Esbec (2010), señala que la enfermedad mental puede suponer una patología de la libertad, que impide al enfermo adquirir la plena dimensión de un ser inteligente e intencional. En estas condiciones el sujeto no puede regular su conducta desde una adecuada y objetiva percepción de sí mismo y de su entorno, ni desde una capacidad de auto determinación que le permita comportarse según decisiones previstas y elegidas conscientemente desde una estructura cognitiva y emocional normal. Sin embargo, toda persona que comete hechos anormales desde el punto de vista moral no es necesariamente anormal (enfermo mental) desde un punto de vista psicológico y médico.

Además Esbec (2010) refiere que los simples rasgos de personalidad (impulsividad, egocentrismo, pobre tolerancia a la frustración, sensibilidad al rechazo, rasgos paranoides, etc.) no afectan a la condición de imputable. En el caso de los trastornos de personalidad, aunque mantengan íntegras las facultades cognitivas y volitivas, los sujetos afectados pueden no ponerlas en juego de forma efectiva por la impulsividad y la inestabilidad emocional, por la falta de empatía y dificultad grave para adaptarse a las normas (trastorno antisocial), por errores atribucionales severos o por dependencia absoluta.

### **Abordaje Psicológico para personas diagnosticadas con Trastorno de la Personalidad Esquizotípica**

El abordaje psicológico para personas con diagnóstico de trastorno de la personalidad esquizotípica es considerado como difícil y desafiante (Salam, Manjula, Sudhir & Sharma, 2013). Una de las dificultades más importantes que señalan estos autores, es la falta de confianza del paciente hacia el terapeuta, síntomas propios del trastorno, ya que entorpece el establecimiento de una relación. Parte de la dificultad se debe también, a la incomodidad por parte de los pacientes en cuanto a la apertura y discusión de asuntos personales (Millon & Grossman, 2007).

Gabbard, Schmahl, Siever, & Iskander (2012), plantean que existe menor probabilidad que los pacientes con trastorno esquizotípico sigan un proceso terapéutico, ya que a menudo son obligados por sus familiares y no es por cuenta propia que deciden asistir.

De acuerdo a Caballo (2001), los tratamientos disponibles para los trastornos de la personalidad son variados, pero, en general, no resultan muy eficaces. Considera que las dificultades encontradas en la modificación de los patrones desadaptativos de la personalidad son numerosas y pocos procedimientos se pueden considerar eficaces para abordar dicha modificación.

Considerando la literatura consultada, aunque existen numerosos enfoques dirigidos a la modificación de los trastornos de la personalidad, como la psicoterapia de apoyo, el psicoanálisis, la terapia conductual o cognitivo-conductual o los enfoques educativos, no parece dibujarse una clara opción para la intervención con este tipo de problemas (Caballo, 2001).

### **El tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de la personalidad**

La literatura que aborda los trastornos de la personalidad desde la posición cognitivo-conductual no es muy extensa y se ha centrado principalmente en la modificación de conductas problemáticas específicas. Técnicas como el entrenamiento en relajación, procedimientos que utilizan la imaginación, el modelado, la economía de fichas o el entrenamiento en habilidades sociales parecen haber resultado eficaces para el tratamiento de los trastornos de la personalidad (Piper & Joyce, 2001).

Sin embargo, este tipo de técnicas han abordado más bien síntomas concretos que comportamientos globales. La modificación de éstos requiere de programas más amplios y complejos, de los que las técnicas anteriores pueden ser componentes importantes. Los objetivos generales de tratamiento de estos programas podrían especificarse en cuatro niveles (Sperry, 1999):

1. Nivel: Disminuir los síntomas
2. Nivel: Modular la dimensión temperamental de la personalidad
3. Nivel: Reducir el deterioro en el funcionamiento social y laboral
4. Nivel: Modificar el carácter o los esquemas de la personalidad

### **Tratamiento del trastorno esquizotípico de la personalidad**

No parece haber muchos estudios empíricos sobre el tratamiento sistemático de pacientes con un Trastorno de Personalidad Esquizotípico (TETP). Desde el punto de vista cognitivo-conductual, el entrenamiento en habilidades sociales y el manejo del estrés, pueden ser procedimientos muy útiles para enseñarle habilidades interpersonales que hagan más eficaz su interacción social, así como técnicas de control de la ansiedad que mejoran igualmente su expresión social (Turkat, 1990).

Para los pacientes con un TETP pueden ser útiles estrategias terapéuticas utilizados para la esquizofrenia, dada la relación entre estas dos entidades clínicas. Caballo (2001) retoma a Stone (1985), quién enfatiza el entrenamiento en habilidades sociales dirigido a modificar la hostilidad y antipatía de los sujetos con un TETP, así como su forma de vestir, su forma de hablar y los hábitos extraños. Considera además que, se les puede enseñar a buscar trabajo, a mejorar su nivel educativo y a desarrollar aficiones. El autor anterior favorece un estilo activo, por parte del terapeuta, que tenga en cuenta la falta de humor de los esquizotípicos, su timidez o ansiedad social y su hipersensibilidad ante señales de no caer bien a los demás.

Igualmente, Caballo (2001), menciona que Stone (1985), propone que se debe tener en cuenta la falta en el paciente de una sensación de continuidad del tiempo o de las personas, se debe por tanto comprender lo poco gratificantes que suelen ser las relaciones interpersonales para este tipo de individuos, siendo necesario ser concreto y prepararse para los problemas que tienen estos pacientes para generalizar lo que aprenden.

Beck & Freeman (1990) utilizaron el enfoque cognitivo-conductual para tratar el aislamiento social de un paciente con un TETP, aislamiento que era producto de una serie de respuestas emocionales a pensamientos disfuncionales sobre los demás. Esos autores plantearon cuatro estrategias básicas para el tratamiento del TETP:

1. Establecer una sólida relación terapéutica para reducir el aislamiento social; se propone igualmente aumentar la red social general del paciente.

2. Aumentar la adecuación social por medio del entrenamiento en habilidades sociales, donde se emplean estrategias conductuales (representación de papeles) y cognitivas; entre estas últimas se encuentra la identificación de los pensamientos automáticos y de las suposiciones subyacentes sobre la interacción con los demás.
3. Mantener las sesiones de terapia estructuradas para limitar el divagar y el habla extraña, identificando, además, una pequeña meta para cada sesión.
4. Enseñar al paciente a buscar pruebas objetivas en el ambiente para evaluar sus pensamientos, en vez de fiarse de sus propias respuestas emocionales. Es importante que el paciente aprenda a no hacer caso a sus pensamientos inadecuados y a considerar las consecuencias de responder emocional o conductualmente siguiendo esos pensamientos.

En la Tabla a continuación se resumen las intervenciones cognitivo-conductuales propuestas por Caballo (2001) utilizadas con el trastorno de personalidad esquizotípico.

**Tabla No. 3**  
**Resumen de los procedimientos cognitivo-conductuales utilizados para el tratamiento del trastorno esquizotípico de la personalidad**

Deben hacer más eficaz su interacción y su expresión social
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Entrenamiento en habilidades sociales</li> <li>2. Manejo del estrés</li> <li>3. Entrenamiento en solución de problemas</li> <li>4. Terapia cognitiva <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sólida relación terapéutica para reducir el aislamiento social</li> <li>• Entrenamiento en habilidades sociales</li> <li>• Sesiones de terapia estructuradas</li> <li>• Búsqueda de pruebas objetivas en el ambiente para evaluar sus pensamientos, en vez de fiarse de sus respuestas emocionales</li> </ul> </li> </ol>

*Fuente; Caballo (2001).*

El manual propuesto por Beck, Freeman & Davis (2004) es uno de los más utilizados para el tratamiento de las personas con trastornos de la personalidad desde una perspectiva de la terapia cognitiva conductual. Estos autores recomiendan el uso de una combinación de técnicas cognitivas, afectivas y conductuales. Las técnicas cognitivas tienen como objetivo la modificación de pensamientos automáticos, creencias, la toma de decisiones y las habilidades para resolver



problemas, modificación del esquema básico/ o creencias tales como "poderes mágicos", siempre considerando la cronicidad de la enfermedad.

La reestructuración del esquema (una reestructuración completa del esquema), modificación del esquema (pequeños cambios en el esquema de aumentar la capacidad de adaptación y la funcionalidad de ellos) y la reinterpretación (reinterpretación de esquemas de formas más funcionales) son tres técnicas recomendado por Beck, Freeman & Davis (2004) para hacer frente a esquema. Recomiendan además el uso de "diarios de esquema" para lograr este fin. Estos diarios se utilizan para modificar / alterar las creencias de la persona sobre la base de los acontecimientos diarios. También se sugirieron técnicas de reestructuración cognitiva estándar tales como el descubrimiento guiado, escalamiento, descatastrofización, etc., describen también técnicas de comportamiento, tales como la programación de actividades, juegos de roles y ejercicios de relajación.

### **Terapias de tercera generación**

Navarro-Leis & López (2013), consideran en su investigación que se han propuesto muchos tratamientos psicológicos para el abordaje de los trastornos de personalidad, realizándose gran variedad de estudios para comprobar la eficacia de los mismos. Y aunque no se ha podido demostrar empíricamente que exista ningún tratamiento establecido como eficaz, encontraron que los tratamientos de mayor eficacia son los incluidos dentro de las llamadas Terapias de Conducta de Tercera Generación, como lo son: la Terapia Dialéctica Conductual, la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Psicoterapia Analítico Funcional.

Para el conductismo, la clave para la comprensión del comportamiento se sitúa en el objetivo o funcionalidad que la conducta objeto de estudio cumple en la interacción del sujeto como un todo con el entorno. El análisis de dichas relaciones del sujeto consigo mismo y con el contexto es propiamente el análisis funcional, que fundamenta los objetivos y las estrategias de cualquier intervención propiamente conductual. Por tanto, la aproximación funcional a la psicopatología

sugiere que las intervenciones eficaces deben alterar la función de las conductas desadaptativas y las presentaciones sintomáticas (Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996).

### **Terapia Dialéctico Conductual (TDC)**

La TDC ha sido el primer tratamiento terapéutico que demostró efectividad en ensayos clínicos controlados con personas diagnosticadas con trastornos de la personalidad (Linehan, Heard & Armstrong, 1993, mencionados por Navarro-Leis & López (2013)) y que ha demostrado su eficacia en la reducción de los ingresos hospitalarios y en prisión, los intentos autolíticos y el consumo de sustancias. Igualmente se mostró eficaz en relación con el malestar psicológico, disminuyendo los sentimientos de desesperanza, la ansiedad, y las ideas autolíticas.

Navarro-Leis & López (2013), plantea que la TDC está basada en la teoría dialéctica y en la teoría biosocial. La dialéctica como terapia conductual define una naturaleza de la realidad con tres características principales:

1. Entiende la realidad como una totalidad, es decir, no sirve analizar las partes de forma independiente, sino que deben relacionarse con un todo.
2. La realidad no es algo estático sino un conjunto de fuerzas que se oponen entre si y de cuya síntesis surge un nuevo grupo de fuerzas oponentes. Este principio se refleja en el TLP en cuanto que el individuo está atrapado en polaridades y es incapaz de conseguir la síntesis.
3. La naturaleza fundamental de la realidad es el cambio, de manera que continuamente se está llevando a cabo una transición entre el individuo y el ambiente. Referido a la práctica clínica este principio hace referencia a que la terapia no se centra tanto en mantener el ambiente estable sino en ayudar al cliente a estar cómodo con el cambio.

La TDC está basada en la enseñanza de habilidades psicosociales y en la validación de las capacidades del paciente, combinando el aprendizaje y entrenamiento de las mismas en la modalidad grupal y la psicoterapia individual. Para Linehan (2003) la terapia grupal supone la herramienta de formación de habilidades, mientras que el objetivo de la terapia individual es ayudar al paciente a usar las nuevas estrategias que está aprendiendo en las diferentes situaciones de la vida cotidiana en que las pueda necesitar. También se encarga de trabajar el análisis de los

problemas motivacionales que interfieren en la sustitución de las conductas desadaptativas por las habilidades conductuales aprendidas en las sesiones grupales.

Este mismo autor, propone importantes expectativas en la formación de habilidades a través de la terapia grupal, consiguiéndose los resultados más óptimos cuando se combinan ambas opciones. Con el término «habilidades» Linehan (2003) hace referencia a la capacidad de saber usar los medios adecuados, así como de responder a las situaciones adaptativamente y con efectividad. En este sentido el tratamiento en la TDC se encuentra orientado:

- a. Al abordaje de conductas que puedan suponer una situación de riesgo vital para el paciente (conductas autolíticas o intentos de suicidio).
- b. A enseñar y entrenar al paciente a poner en práctica conductas más adaptativas, reduciendo al mismo tiempo otras conductas que interfieren en el éxito de la terapia (no asistencia a las citas, abandono) para conseguir como objetivo final la validación de las propias experiencias personales.

Linehan (2003) pone el énfasis en la aceptación y en la validación de las experiencias del propio paciente, para a partir de aquí conseguir el cambio. Por ello el entorno terapéutico debe suponer un entorno validante, en el que los terapeutas comuniquen al paciente que sus creencias, expectativas y respuestas emocionales son comprensibles y tienen sentido en el contexto en el que hasta ahora se ha desarrollado su vida. El tratamiento en TDC incluye cuatro módulos de formación de «habilidades»:

- 1) Habilidades básicas de conciencia (mind-fulness skills), incluyen dos o tres sesiones, aunque se revisan y amplían al inicio de cada uno de los otros módulos.
- 2) Habilidades de efectividad interpersonal (aproximadamente 8 semanas de duración).
- 3) Habilidades de regulación de las emociones (aproximadamente 8 semanas de duración).
- 4) Habilidades de tolerancia al malestar (aproximadamente 8 semanas de duración).

En general, la duración total de la terapia oscila entre seis meses para los pacientes menos graves y un año para los casos más complejos y, en general, los pacientes suelen pasar dos veces por cada módulo cuando se trata del programa de módulos de 8 semanas de duración (Navarro-Leis & López, 2013).

## **Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)**

Navarro-Leis & López (2013), plantea que ésta terapia está específicamente diseñada para alterar el patrón de evitación de eventos privados, tales como la rabia, tristeza, recuerdos desagradables, ganas de consumir droga, ansiedad, etc. De acuerdo a su perspectiva funcional, no está orientada a un cambio del contenido psicológico (el cambio de los eventos privados) y a la utilización para tal fin de estrategias de control, sino que su objetivo es un cambio del contexto en el que dichos contenidos psicológicos se dan, de modo que se altere la función de esos eventos privados (su función discriminativa de conductas de evitación problemáticas).

El resultado será una mayor flexibilidad conductual, puesto que el sujeto no estará condicionado a actuar siempre para evitar y escapar de sus eventos privados desagradables (con el correspondiente costo para su vida personal), sino que podrá actuar en dirección a sus valores personales, aun cuando eso suponga experimentar más malestar a corto plazo. (Hayes, Strosahl, Wilson, Bissett, Pistorello, Toarmino, & McCurry, 2004). Además, plantean que el objetivo básico de ACT, consiste en el desarrollo de la aceptación psicológica, es decir, el estar dispuesto a entrar en contacto con la estimulación aversiva, siempre y cuando hacerlo esté en relación con actuar en una dirección valiosa para la persona.

De esta manera, se enseña a la persona a lidiar con sus circunstancias personales y a relacionarse de manera diferente con el malestar inevitable. Para ello, ACT propicia aprender que los pensamientos, sensaciones, recuerdos, son eso y no objetos o barreras físicas, fomentando una toma de perspectiva o distancia con respecto a ellos (Navarro-Leis & López 2013). ACT tiene dos objetivos: se trabaja en clarificar valores (componente principal sobre el que pivota el resto) y se añaden métodos dirigidos a generar distanciamiento de los eventos privados. Dichas estrategias consisten principalmente en la utilización de ejemplos, metáforas y ejercicios experienciales en sesión, que se han mostrado eficaces para esos objetivos por medio de investigación experimental básica, y que permiten al sujeto adquirir las habilidades necesarias para conducir su vida.

## **Psicoterapia Analítico Funcional (FAP)**

La FAP supone la aplicación de los principios operantes de moldeamiento de la conducta a través de las contingencias de reforzamiento, siguiendo la conceptualización de Skinner de conducta verbal aplicándolo a la relación terapéutica. La FAP enfatiza las funciones evocadoras, discriminativas y reforzantes del terapeuta, de modo que éste pueda manejar las contingencias relevantes a la problemática del sujeto en la propia relación terapéutica (Navarro-Leis & López, 2013).

Está, por tanto, específicamente indicada para aquellas personas con dificultades en las relaciones interpersonales como el trastorno de personalidad esquizotípica. A las conductas relevantes que surgen en sesión las denomina conductas clínicamente relevantes (CCR), estableciendo tres tipos (Kohlenberg y Tsai, 1991 retomado por Navarro-Leis & López, 2013):

- CCR1: serán aquellas conductas equivalentes funcionalmente a las conductas interpersonales problemáticas que muestra el paciente fuera de sesión.
- CCR2: son las conductas que indican una mejoría relevante del sujeto en sesión.
- CCR3: son las interpretaciones del cliente sobre su propio comportamiento.

De acuerdo a éste modelo, Navarro-Leis & López (2013) plantean que los terapeutas deben aplicar cinco reglas básicas:

1. detectar las conductas clínicamente relevantes que ocurren durante la sesión de tratamiento;
2. evocar las CCR1, es decir, construir un ambiente terapéutico que haga posible la aparición de conductas problemáticas y permita desarrollar mejorías en la conducta del cliente;
3. reforzar positivamente de manera natural las CCR2;
4. detectar qué propiedades de su propia conducta son reforzantes para el cliente;
5. generar CCR3 adecuadas, es decir, propiciar que el cliente desarrolle habilidades para analizar desde una perspectiva funcional la relación entre sus conductas y otros factores.

## **Evidencia empírica de las terapias de tercera generación en los trastornos de la personalidad**

La consistencia empírica de las terapias de tercera generación radica en la evidencia disponible sobre la fortaleza de sus principios básicos (los principios del condicionamiento operante, incluyendo los últimos desarrollos sobre el análisis funcional del lenguaje) y la utilidad de las estrategias de intervención para el abordaje de conductas variadas, independientemente del diagnóstico formal que englobe dichos comportamientos, al igual que con el resto de intervenciones terapéuticas, existe poca evidencia empírica concreta con respecto a los trastornos de personalidad, al ser un espectro difuso y confuso (Navarro-Leis & López, 2013).

## **Abordaje integral de las personas con Trastornos de la Personalidad en Costa Rica**

En Costa Rica, la situación de las personas con enfermedad mental privadas de libertad resultaba una situación compleja antes del 2011, dado que los Jueces de ejecución de la pena en todos los casos optaban por remitir a aquellas personas a las que consideraban “enfermos mentales” al Hospital Nacional Psiquiátrico, con el agravante de mantener dentro de un mismo lugar, población con enfermedad mental y población privada de libertad, con severos perjuicios para el primer grupo (CNREE, 2013).

En relación a lo anterior, el artículo 42 del Código Penal establece la condición de inimputabilidad de una persona bajo los siguientes presupuestos:

“Artículo 42.- Inimputabilidad. Es inimputable quien en el momento de la acción u omisión, no posea la capacidad de comprender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, a causa de enfermedad mental, o de grave perturbación de la conciencia sea ésta o no ocasionada por el empleo accidental o involuntario de bebidas alcohólicas o de sustancias enervantes.”.

Es claro, de acuerdo al artículo 42 del Código Penal, que las personas con discapacidad, en este caso, enfermedad mental, que cometen un delito deberían recibir un tratamiento diferente a los que no han entrado en conflicto con la Ley, sin embargo en nuestro país no existía un centro especializado para persona con discapacidad mental que entraran en conflicto con la Ley y que descontaran pena

o medida judicial. Por lo que, las personas en dicha condición se ingresaban al Hospital Nacional Psiquiátrico en pabellones y se relacionaban con otras personas que por una descompensación producto de una enfermedad mental permanecían internados en ese nosocomio (CNREE, 2013).

Según el Servicio de Estadística y Registros Médicos del Hospital Nacional Psiquiátrico, en el año 2011, se incrementó el número de personas ingresadas a dicho centro hospitalario por una medida judicial, en comparación con el ingreso reportado en el año 2008, y al año 2013, en promedio se ingresaban 100 personas por año en esta condición.

La estructura del Hospital Nacional Psiquiátrico fue diseñada para ser un centro médico con una sistema de comunidad terapéutica abierta y no como un centro de vigilancia y contención especializada, de manera que no existen programas específicos para personas con conductas antisociales, farmacodependientes, infractores regulares, agresores o personas con rasgos antisociales que se valen de las condiciones de flexibilidad del centro médico para escapar, abusar de otros usuarios o continuar delinquiriendo (Gutiérrez, 2013).

Si bien en el 2006 se presentó ante el Congreso de la República un proyecto de Ley que procura la creación de un Hospital Psiquiátrico Penitenciario, el mismo encontró dificultades y desacuerdos entre las diferentes instituciones involucradas, lo cual impidió que el mismo fuera aprobado. A raíz de un recurso interpuesto por los familiares de pacientes internados en el Hospital Psiquiátrico y que se encontraban conviviendo con población penitenciaria, la Sala Constitucional mediante Resolución 4555-2009, del 20 de marzo de 2009 obligó al Estado a construir un Centro Psiquiátrico Penitenciario en el plazo de un año. En ese sentido dispuso este Alto Tribunal: *“(...) obligación de la caja costarricense de seguro social de crear, construir y poner en funcionamiento un centro especializado para personas inimputables o con imputabilidad disminuida”*.

De los informes rendidos por las autoridades del Hospital Nacional Psiquiátrico recalcan que ese centro hospitalario no cuenta con una estructura de seguridad y contención que permita manejar las conductas de tipo disocial que presenta la población internada por una orden judicial (Gutiérrez, 2013).

Asimismo, el artículo 98 del Código Penal, indica los casos en los que, legalmente, es procedente una medida de seguridad, al señalar que le corresponde al Juez imponer, obligatoriamente, una medida de seguridad cuando el autor de un delito haya sido declarado inimputable o tuviere disminuida su imputabilidad, o bien, cuando por causa de una enfermedad mental se interrumpe la ejecución de la pena que le fue impuesta.

De su parte, el artículo 101 del Código Penal indica que las medidas curativas que puede adoptar el juzgador, son las siguientes: ordenar el ingreso en un hospital psiquiátrico; dictaminar el ingreso en un establecimiento de tratamiento especial educativo y decretar que la persona se someta a un tratamiento psiquiátrico, siendo que el artículo 102 del Código Penal dispone que las medidas de seguridad se aplicarán en servicios psiquiátricos idóneos o en establecimientos de tratamiento especial educativo.

Asimismo, el principio No. 82 de las Reglas Mínimas para el tratamiento de los reclusos, adoptadas en 1955 por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, dispone lo siguiente:

“B.- Reclusos alienados y enfermos mentales

82. 1) Los alienados no deberán ser reclusos en prisiones. Se tomarán disposiciones para trasladarlos lo antes posible a establecimientos para enfermos mentales. 2) Los reclusos que sufran otras enfermedades o anomalías mentales deberán ser observados y tratados en instituciones especializadas dirigidas por médicos. 3) Durante su permanencia en la prisión, dichos reclusos estarán bajo la vigilancia especial de un médico. 4) El servicio médico o psiquiátrico de los establecimientos penitenciarios deberá asegurar el tratamiento psiquiátrico de todos los demás reclusos que necesiten dicho tratamiento.”

### **Centro para la Atención de Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley (CAPEMCOL)**

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), desde el 2010, puso en funcionamiento el Centro para la Atención de Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley (CAPEMCOL), en el cuál actualmente descuentan penas privativas de libertad un promedio de 120 personas con



discapacidad mental. Dicho Centro si bien pertenece a la CCSS, cuenta con el apoyo de personal del Ministerio de Seguridad para garantizar la seguridad de los internos y del personal a cargo (CNREE, 2013).

Según Gutiérrez (2013), CAPEMCOL empezó sus labores al 22 de agosto del 2011 en La Uruca, San José, en instalaciones alquiladas por la CCSS. El Ministerio de Justicia es la Institución encargada de proveerle al Centro los custodios. El personal de salud con el que cuenta son dos Psiquiatras, dos Psicólogos, una Trabajadora Social, un Supervisor de Enfermería, cuatro enfermeros profesionales, ocho auxiliares de enfermería, doce asistentes de pacientes, un administrador, una nutricionista, una abogada, dos terapeutas ocupacionales.

El CAPEMCOL cuenta con una capacidad de atención para 90 pacientes, solo hombres que se reciben de todo el territorio nacional y de los diferentes juzgados. Los internos tienen derecho a dos horas de sol por la mañana y una por la tarde además de que pueden recibir visitas todos los días. CAPEMCOL continúa trabajando como un servicio adscrito al Hospital Nacional Psiquiátrico pero se encuentran realizando gestiones para que funcione como una Unidad Pragmática (Badilla, 2014). Actualmente, de acuerdo con Badilla (2014) el Centro cuenta con 114 pacientes que padecen alguna de las siguientes patologías psiquiátricas:

1. Trastornos del desarrollo y de la infancia:
  - a. Trastorno Mental
  - b. Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad
  - c. Trastorno Disocial
2. Delirium, Demencias, Trastornos Amnésicos y otros Trastornos Cognitivos
3. Trastornos Relacionados por Sustancias
4. Trastornos Relacionados con Alcohol
5. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
6. Trastorno Esquizoafectivo
7. Trastorno Psicótico breve
8. Trastornos Disociativos
9. Trastornos del Estado de Ánimo
10. Trastornos de la Personalidad

Según el Plan Presupuesto 2014-2015 elaborado en junio del 2013 por los funcionarios administrativos del CAPEMCOL, éstas son algunas generalidades del Centro:

### **Objetivos del Servicio**

#### Objetivo General

- Brindar atención integral en salud mental y psiquiatría, a personas inimputables o con imputabilidad disminuida, a las que se les impone una medida cautelar o de seguridad curativa de internamiento por el sistema penal, para lograr su reinserción psicosocial y desinstitucionalización.

#### Objetivos Específicos

- Evaluar a cada usuario en forma integral para determinar su condición de salud mental, establecer un tratamiento y un plan de rehabilitación según necesidades identificadas.
- Coordinar acciones interinstitucionales que tengan que ver con la competencia del Centro, en el campo de salud, seguridad y social.
- Capacitar al recurso humano para lograr el desarrollo de las aptitudes y actitudes terapéuticamente apropiadas, para el logro de las metas propuestas y organizar el trabajo según las normas de funcionamiento del equipo.
- Desarrollar bases de datos estadísticos que permitan su revisión y análisis como herramienta, que faculte la toma de decisiones y el planeamiento de los programas en el marco del concepto de “medicina basada en evidencias”.

### **Estructura Organizativa**

El Centro de Atención para Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley tiene como fin la prestación de servicios integrales de salud especializados en: Psiquiatría y Salud Mental a personas inimputables o con imputabilidad disminuida que se les impone una medida cautelar o de seguridad de internamiento por el sistema penal, estos servicios se brindan a través de la atención hospitalaria en la especialidad de Psiquiatría, Medicina General, Enfermería, Psicología Clínica,

Trabajo Social, Asesoría Legal y Terapia Ocupacional; además se cuenta con el soporte de los Servicios Administrativos y de apoyo clínico del Hospital Nacional Psiquiátrico.

Las funciones primordiales del Centro son las siguientes:

- Brindar atención integral en psiquiatría, salud mental y medicina general a las personas sometidas a medidas cautelares y medidas de seguridad curativas de internamiento.
- Brindar atención psiquiátrica de calidad a la población internada.
- Realizar estudios psicodiagnósticos a la población internada.
- Brindar tratamiento farmacológico, psicológico y social a las personas portadoras de enfermedad mental.
- Desarrollar programas de rehabilitación psicosocial, laboral y educativa, según las necesidades identificadas en la población internada.
- Desarrollar estrategias a nivel familiar, comunitario, instituciones estatales y organizaciones no gubernamentales para favorecer la reinserción social de los usuarios.
- Coordinar acciones con el primer y segundo nivel de atención en salud, para fortalecer el seguimiento ambulatorio de las personas sujetas a medidas de seguridad curativas que pasan a ser externas.
- Fortalecer condiciones de seguridad y protección a los usuarios y funcionarios del CAPEMCOL.
- Garantizar la protección y ejercicio de los derechos fundamentales de los privados de libertad.
- Divulgar y mantener programas para la prevención de la violencia social a cargo del equipo interdisciplinario a nivel intersectorial, interinstitucional y social.
- Coordinar acciones con los Juzgados de Sentencia y con los Juzgados Ejecutores de la Pena del Sistema Judicial.
- Coordinar acciones y proveer información a solicitud de la sección de Psiquiatría y Psicología del Complejo de Ciencias Forenses del Poder Judicial.

Al ser un servicio del Hospital Nacional Psiquiátrico, CAPEMCOL cuenta con un Médico Jefe, que tiene la función de planificar, organizar, ejecutar, dirigir y evaluar todas las actividades que se

desarrollan en el Centro; para esto cuenta con un equipo interdisciplinario compuesto por las siguientes áreas:

- Médico Especialista en Psiquiatría: encargado de la evaluación diagnóstica, tratamiento y rehabilitación de los usuarios, coordinando el equipo de apoyo dado por las demás disciplinas.
- Administración: es la responsable de brindar los servicios de apoyo del Centro, tales como Seguridad, Limpieza, Mantenimiento, Ropería, Transportes, la Bodega de Insumos y Secretaría.
- Enfermería: tiene la función de la atención directa de la morbilidad del usuario y en los procesos de rehabilitación psicosocial, con la colaboración de Profesionales en Enfermería, Auxiliares de Enfermería y Asistentes de Pacientes.
- Asesoría Legal: se encarga de brindar soporte en aspectos legales y jurídicos en asuntos de la administración activa y la atención de los usuarios.
- Trabajo Social: tiene bajo su responsabilidad el estudio, investigación y seguimiento de los aspectos sociales en la atención de los pacientes.
- Terapia Ocupacional: tiene la función de organizar el estudio socio-laboral y los programas de rehabilitación psicosocial.
- Psicología Clínica: tiene a cargo la psico-evaluación y atención directa de los usuarios a través de la metodología individual, grupal y su participación en actividades de rehabilitación psicosocial.
- Medicina General: es responsable de apoyar todas las actividades de atención especializada en psiquiatría, y se encarga de la atención de la morbilidad, patología médica crónica y urgencias en los usuarios.
- Registros Médicos: es responsable de la custodia, movilización y traslado de la documentación del expediente de salud, así como llevar los datos estadísticos que genera el Centro.
- Nutrición: la profesional en nutrición se encarga de planificar, coordinar, ejecutar y supervisar lo relacionado a la alimentación de usuarios y funcionarios del Centro; y brinda atención nutricional clínica directa a los pacientes.

**Población Meta**

El Servicio de CAPEMCOL está dirigido a la atención de personas adultas con enfermedad mental, sujetos a una medida cautelar o medida de seguridad curativa, ambas de internamiento, ordenadas por el Sistema Judicial Penal.

**Planta Física**

CAPEMCOL se encuentra ubicado actualmente en San José, la Uruca, 25 metros al oeste de la edificación de Migración y Extranjería, en la finca inscrita en el Registro Nacional de la Propiedad bajo el Sistema de Folio Real 1-174812-000, propiedad de 3-101-522996-Sociedad Anónima, con área total de 6896,45 metros cuadrados.

## **Capítulo III**

### **Planteamiento de los Objetivos**

Como parte fundamental en el desarrollo de la presente revisión sistemática, se plantean a continuación, el objetivo general y los consiguientes objetivos específicos.

#### **Objetivo General**

- Describir el abordaje integral, a nivel nacional, que se les brinda de las personas diagnosticadas con Trastorno de Personalidad Esquizotípica con conductas violentas y delictivas.

#### **Objetivos Específicos**

- Describir las conductas violentas y delictivas en personas diagnosticadas con el Trastorno de Personalidad Esquizotípica.
- Conocer las intervenciones psicológicas disponibles para el abordaje de conductas violentas y delictivas que presenten las personas diagnosticadas con Trastorno de la Personalidad Esquizotípica.
- Analizar la legislación nacional vigente que regula las conductas violentas y delictivas de las personas diagnosticadas con el Trastorno de Personalidad Esquizotípica.

## Capítulo IV

### Metodología

#### Tipo de Estudio

El presente trabajo de investigación se realizará bajo el formato de revisión sistematizada, partiendo de la definición propuesta por Perestelo-Pérez (2012), quién señala como tales, aquellos *“estudios secundarios que sintetizan la mejor evidencia científica disponible mediante métodos explícitos y rigurosos para identificar, seleccionar, evaluar, analizar y sintetizar los estudios empíricos que permitirán responder a cuestiones específicas.”*. Lo anterior, con el fin de obtener información relevante de manera que se logre organizar los criterios.

Las investigaciones de revisión brindan la posibilidad de satisfacer clara y comprensiblemente la curiosidad acerca de una temática específica, por lo que se realiza la presente, bajo el criterio de revisión sistemática agregativa, la cual consiste en la unificación de textos sobre el tema que se desarrolla (Fernández-ríos & Buela-Casal, 2009). Además, de la utilización, explícita y rigurosa, de los métodos utilizados para identificar, valorar críticamente y sintetizar los estudios más relevantes encontrados. (Perestelo-Pérez, 2012).

Por tanto, ésta investigación se realizará mediante una revisión sistematizada de documentos, los cuales se analizarán de manera cualitativa con el fin de sistematizar y unificar, aquella información disponible relacionada con el abordaje integral de conductas violentas y delictivas en personas diagnosticadas con Trastorno de la Personalidad Esquizotípica, específicamente a nivel nacional.

#### Recolección y Selección de la Información

Para la búsqueda de información relevante para la investigación que se desarrolla, se plantea la misma por fases, las que facilitarán la recolección y selección de la información, la cual será posteriormente analizada. A continuación se detallan las fases.

## **I Fase. Recolección y Selección de la Información**

Ésta primera fase de la investigación, se enfocó en la recolección de la información para el desarrollo de la misma, posteriormente, se realizó la selección de aquellos artículos y documentos que aporten información relevante. Se describe, la metodología que se utiliza para la recolección.

- a. Se realizó una búsqueda exhaustiva de artículos y documentos relacionados con la temática de la investigación.
- b. Únicamente se consideran documentos anteriores al año 2007, si son relevantes para la investigación.
- c. La recolección de la información se efectuó durante el periodo comprendido en los meses de junio a noviembre del año 2014.
- d. Se compilaron artículos científicos de publicación en bases de datos nacionales e internacionales. Las bases de datos consultadas son de libre acceso en la WEB y aquellas bases de datos disponibles a la fecha en la plataforma virtual de la Universidad de Costa Rica.
  - a. Bases de datos de libre acceso en inglés y español como PubMed, Cochrane, EBSCO, Medline, PsychINFO, Dialnet, Scielo, Redalyc, Google Scholar.
  - b. Se utilizan como palabras claves en la búsqueda en las bases de datos, “trastorno de la personalidad esquizotípica”, “trastornos de personalidad”, “conductas violentas y delictivas”, “tratamientos para los trastornos de personalidad”, "Schizotypal personality disorder", "personality disorders", "violent and criminal behavior", "treatments for personality disorders" .
- e. Adicionalmente se realizan consultas en libros con el fin de complementar la información sobre las conductas violentas y delictivas en personas diagnosticadas con Trastorno de la Personalidad.

Una vez finalizada la recolección de información, se procedió a la selección de la información, con el fin de incluir la documentación necesaria para el desarrollo de la investigación y excluir aquellos



que no cumplieran con los objetivos de la misma. Ésta selección se realiza en base a la lectura del título, el resumen y las palabras claves del material recolectado.

## **II Fase. Sistematización y Análisis**

La información se organizó y sistematizó de acuerdo con los tres objetivos específicos de la investigación, los cuales fueron posteriormente analizados.

Se identificaron como tres los temas de los objetivos específicos, los cuales se presentan a continuación:

- a. Las conductas violentas y delictivas en personas diagnosticadas con el Trastorno de Personalidad Esquizotípica.
- b. Intervenciones psicológicas disponibles para el abordaje de conductas violentas y delictivas que presentan las personas diagnosticadas con Trastorno de la Personalidad Esquizotípica.
- c. La legislación nacional vigente que regula las conductas violentas y delictivas de las personas diagnosticadas con el Trastorno de Personalidad Esquizotípica.

## Capítulo V

### Resultados

De acuerdo a la información obtenida a lo largo de la revisión de bibliografía y artículos, para la elaboración del presente trabajo de investigación, se describen los resultados a los que se llega, en orden de acuerdo a los objetivos específicos que se plantearon.

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2002), en su Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales define como un trastorno de personalidad, “... *un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto...*”, plantea también que éste comportamiento debe manifestarse en algunas de las áreas importantes para el desarrollo de las personas, como lo son el área cognoscitiva, afectiva, de la actividad interpersonal o del control de los impulsos.

Considera también dentro de la definición de trastornos de la personalidad, que debe presentar un patrón persistente e inflexible, de manera que irrumpa en las situaciones personales y sociales, aunado a lo anterior y no menos importante, debe provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de las personas. Por lo que el diagnóstico de un trastorno de personalidad, sea cual sea éste, comprende una evaluación exhaustiva de la persona, con el fin de lograr el diagnóstico que mejor describa a la persona, no con el fin de etiquetarlo, sino con el fin de poder brindarle un abordaje integral, adecuado a sus necesidades.

Esbec & Echeberúa (2010), consideran que, es de relevancia clínica y jurídico-penal los trastornos de la personalidad en las conductas violentas graves. Mencionan que éstas psicopatológicas pueden afectar a la imputabilidad de los hechos delictivos, además de constituir un factor importante en la valoración del riesgo de violencia (peligrosidad criminal), determinar la fenomenología, el curso, el pronóstico y la respuesta al tratamiento de otros trastornos mentales y, por último, condicionar la adaptación al medio penitenciario (e incluso hospitalario), con dificultades añadidas en la rehabilitación y reinserción de las personas diagnosticadas con trastornos de personalidad.

Un estudio realizado por los autores anteriormente mencionados, no encuentra el común denominador de la violencia asociada a los trastornos de personalidad, salvo algunas excepciones como la psicopatía y la ira. La cual definen, como una emoción que se expresa con rabia, resentimiento o irritabilidad.

Además consideran Esbec & Echeberúa (2010), que la ira asociada con la conducta violenta en las personas con diagnóstico de trastorno de la personalidad, puede activarse por diversas circunstancias, no sólo por el trastorno como tal, las circunstancias que ellos plantean son;

- a) por la sospecha, el fanatismo, los celos patológicos o la venganza (trastorno paranoide de la personalidad);
- b) por la aversión al contacto con otras personas (trastorno esquizoide);
- c) por la intolerancia a la frustración y el enfado intenso por recibir un trato diferente al esperado (trastorno narcisista);
- d) por la necesidad de liberar la tensión utilizando la escisión como mecanismo de defensa o por el miedo a la pérdida (trastorno límite);
- e) por el sentimiento de marginación o rechazo por los demás (trastorno evitativo);
- f) por el sentimiento de tedio, la deshumanización de los demás, la necesidad de tener poder y la ausencia de empatía (trastorno antisocial);
- g) por la necesidad imperiosa de llamar la atención o integrarse en un grupo (trastornos histriónico y dependiente, respectivamente);
- h) por alteraciones cognitivas y experiencias extrañas (trastorno esquizotípico).

Arias y Jiménez (2009), consideran que la esquizotipia favorece el consumo de cannabis y sería una variable que explicaría el desarrollo de psicosis crónicas en sujetos consumidores. Aunado a lo anterior, Esbec y Echeberúa (2010), han encontrado que la asociación entre los trastornos de personalidad, el consumo de drogas y la violencia está bien fundamentada, si bien esta asociación puede tener diversas direcciones: 1) una conducta violenta es un camino habitual para obtener la droga; 2) la violencia (amenazas, golpes, heridas) puede ser una condición general para resolver las disputas entre quienes distribuyen las drogas; 3) el abuso de drogas y la conducta iracunda pueden tener factores causales similares y, por tanto, concurrir en determinados sujetos; y 4) ciertas drogas,

como las estimulantes, las cuales incrementan la probabilidad de presentar conducta violenta por sus propiedades farmacodinámicas.

Por lo que se plantea, como uno de los factores de riesgo para toda aquella persona con o sin diagnóstico de trastorno de la personalidad esquizotípica, el consumo de drogas, ya que son conocidos que los efectos del consumo, no sólo son de carácter fisiológico, sino que también afecta la capacidad de toma de decisiones de las personas adictas, generando con ello, la poca o distorsionada capacidad en la toma de decisiones asertivas y la capacidad de medir las consecuencias.

Esbec (2006), considera que la valoración forense de las personas diagnosticadas con Trastorno de la Personalidad es difícil, ya que a su parecer no se lleva a cabo una meticulosa evaluación longitudinal y transituacional y porque estas personas, cuando están sometidas a un proceso judicial, muestran una escasa colaboración, cuando no, una directa manipulación o fenómenos de simulación-disimulación.

Y es que se han presentado una variedad de casos en los diferentes medios de comunicación y a lo largo de los años, en los cuales las personas simulan enfermedades mentales con el fin de obtener algunos beneficios en las penas que les son sentenciadas. En el trastorno de personalidad Esquizotípico una de los síntomas son las alucinaciones, por lo se podrían simular este tipo de síntoma para buscar ganancias secundarias. Por lo anterior descrito, se considera importante las evaluaciones necesarias y de manera interdisciplinaria, para lograr en la medida de lo posible evitar estos casos.

Stone (2007), mencionado por González (2007), señala que aunque en el estudio de Warren et al. (2002), los trastornos del cluster A (dentro de los cuales se ubica el trastorno de personalidad Esquizotípica) se relacionaban con los tipos más extremos de violencia, apunta el autor que la clave podría estar en la indiferencia y falta de sentimientos hacia otras personas, como si fuesen meros objetos inanimados, sintomatología propia del éste trastorno. Además señala una mayor presencia de delitos violentos cometidos por personas con trastornos de la personalidad frente a otro tipo de delitos.

González (2007), también encuentra entre sus investigaciones que en los delitos cometidos por individuos con trastorno de personalidad esquizotípico se refleja una nítida propensión a actuar en solitario, esta forma de actuación está en consonancia directa con la independencia e indiferencia hacia las relaciones con los demás, que caracterizan al trastorno como tal.

Algunos de los hallazgos relevantes que realiza esta autora, es que dentro de los síntomas diagnósticos del trastorno Esquizotípico, se pueden manifestar distorsiones perceptivas y acusadas excentricidades y cuando se analizó qué tipo de vínculos existían entre los imputados diagnosticados y sus víctimas, encontró mayor frecuencia de víctimas desconocidas (37.5%). Sin embargo, este porcentaje no dista mucho del encontrado respecto a víctimas con las que debería existir una vinculación máxima (ascendientes / descendientes, 31.3%). De hecho, del total de delitos analizados en sus investigaciones, las víctimas tienen esta relación de ascendente o descendente, lo más habitual es que sean imputados a sujetos con trastorno Esquizotípico (26.3%). Este dato podría ilustrar, considera González(2007), la indiferencia hacia las relaciones interpersonales o dificultad para establecer auténticos lazos afectivos que muestran las personas con este diagnóstico, pudiendo delinquir o agredir con la misma frialdad cuando tiene delante a un desconocido que cuando se trata de su propio progenitor u otro familiar directo.

Esbec & Echeberúa (2010) han encontrado en sus investigaciones que los pacientes diagnosticados con trastorno de personalidad del grupo A son, en general, menos violentos que los del grupo B, aun así sus investigaciones consideran que la actitud suspicaz, el pensamiento extravagante y el aislamiento social de los sujetos de este grupo están relacionados con los tipos de violencia más grave.

Elbogen & Johnson (2009) han determinado como principales factores predictores de comportamientos violentos entre los enfermos mentales los siguientes:

- a) historia previa de agresiones;
- b) negación de la enfermedad y consiguiente rechazo del tratamiento;
- c) abuso de alcohol o drogas y su comorbilidad con trastornos de la personalidad;
- d) rasgos psicopáticos;

- e) aislamiento familiar y social y estresores ambientales; y
- f) trastornos del pensamiento, especialmente ideas delirantes de persecución o alucinaciones que implican órdenes de actuar de forma violenta. El consumo de drogas, junto con los trastornos de personalidad y las parafilias constituye un cóctel explosivo.

González (2011) plantea que más que características de personalidad que definen al delincuente, se encuentran determinada interrelación de rasgos de la personalidad. De hecho, los esfuerzos realizados por distintos grupos de investigadores para confeccionar tipologías y sistemas de clasificación de delincuentes, con base en su personalidad, nunca han resultado totalmente aceptados y confirmados, no validándose la hipótesis de “perfil de personalidad propio” del delincuente, conclusión a la que se llega.

No obstante, lo que sí que parece contar con suficiente aval científico es que, entre los delincuentes existen individuos afectados por distintos grados y tipos de trastornos psicológicos crónicos. En esta dirección se encuentra un trabajo efectuado desde la Universidad de Barcelona (Llamazares & Pueyo, 2007) con una muestra de 200 presos.

Estos investigadores hallaron relación entre los rasgos de personalidad y alteraciones clínicas y las variables de expediente tradicionalmente asociadas a comportamiento antisocial, si bien concluyeron que no habían encontrado un perfil propio del delincuente (aparecen características compartidas con individuos no delincuentes), detectaron cierta relación entre el tipo de delito cometido y los rasgos de la personalidad analizados.

Peled (2012) considera que actualmente se cuenta con sólidos hallazgos sobre las bases neurobiológicas de la personalidad, considerados en términos de alteraciones, debidas a perturbaciones en el desarrollo de las redes neuronales, que provocan que las representaciones internas sean sesgadas, limitadas, persistentes y no adaptativas.

Aunado a lo anterior, en cuanto a la parte neurobiológica Marín & Fernández (2007), sugieren que los pacientes con trastorno de personalidad esquizotípica, tienen un perfil de trastornos cognitivos y anomalías estructurales, sobre todo de la corteza temporal, similares a las que se encuentran en

pacientes con esquizofrenia, pero una combinación de mejores reservas prefrontales y una actividad dopaminérgica más atenuada subcorticalmente, que los protege de la aparición de psicosis. A nivel neuroquímico, la actividad dopaminérgica prefrontal puede estar implicada en el funcionamiento cognitivo, además, de una reducción de los niveles raquídeos de ácido homovanílico que refleja una disminución de la actividad de la dopamina en áreas frontales en el trastorno esquizotípico de la personalidad.

La literatura revisada en cuanto el abordaje y opciones de tratamientos para las conductas violentas y delictivas de personas diagnosticadas con trastorno de personalidad esquizotípica, concuerda con lo que plantea Esbec (2006), encontrando algunas limitaciones, ya que el carácter egosintónico de los mismos y la ausencia de insight del paciente sobre sus rasgos inadaptativos dificultan el establecimiento de un vínculo terapéutico adecuado. Considera que el problema se agrava cuando se asocian a otras patologías psiquiátricas (depresión, trastornos de ansiedad, abuso de alcohol y drogas o esquizofrenia), ya que empeoran el pronóstico de las mismas, favoreciendo su cronificación.

Borás (2009), mencionado por Esbec & Echeberúa (2010), considera sin embargo que, se puede reincorporar a la sociedad a las personas diagnosticadas con trastorno de personalidad esquizotípica que sufren de episodios psicóticos y que cometen conductas violentas, una vez sean medicados y asistidos, puesto que inmediatamente dejan de ser peligrosos. En estos casos la enfermedad está compensada o estabilizada. Y al igual que cualquier otra enfermedad una vez estabilizada, la persona puede llevar una vida normal.

El manual propuesto por Beck, Freeman & Davis (2004) es uno de los más utilizados para el tratamiento de las personas con trastornos de la personalidad desde una perspectiva de la terapia cognitiva conductual. Estos autores recomiendan el uso de una combinación de técnicas cognitivas, afectivas y conductuales.

En cierta manera Caballo (2001) considera que la característica básica de terapia breve y limitada en el tiempo típica de las terapias conductuales debe extenderse en el tiempo cuando se tiene que abordar los trastornos de la personalidad esquizotípica, basado en la necesidad de adaptar las

intervenciones en lugar de seguir un protocolo fijo, dadas las características propias del trastorno trabajado en la presente investigación.

Las terapias a largo plazo desde ésta perspectiva, son necesarias a fin de mantener los logros del tratamiento y para ayudarles a éstos pacientes en la generalización de las habilidades sociales y el abordaje efectivo de situaciones diarias, así como la toma de decisiones y resolución de problemas. Disminuyendo de ésta manera la deserción más baja o abandono repentino de la terapia. Salam, Manjula, Sudhir & Sharma (2013), consideran importante que estas sesiones posean objetivos bien definidos en cada una de ellas.

Aunado a las propuestas de abordaje psicológico para las conductas violentas y delictivas en personas con diagnóstico de trastorno de la personalidad, Navarro-Leis & López (2013), consideran de acuerdo a su investigación, que se han propuesto muchos tratamientos, realizándose gran variedad de estudios para comprobar la eficacia de los mismos. Y aunque no se demostró empíricamente que exista ningún tratamiento establecido como eficaz, los tratamientos de mayor eficacia son los incluidos dentro de las llamadas Terapias de Conducta de Tercera Generación, como lo son: la Terapia Dialéctica Conductual, la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Psicoterapia Analítico Funcional.

La terapia dialéctica conductual demostró su eficacia en la reducción de los ingresos hospitalarios y en prisión, TDC propone un modelo de tratamiento que incluye la intervención individual con el paciente y los grupos terapéuticos de habilidades. El fin del tratamiento sería en primer lugar abordar las conductas que pueden suponer un riesgo vital para el paciente y entrenarlo en el manejo de conductas más adaptativas en la interacción con su entorno, mitigando paralelamente otras conductas que pueden interferir negativamente en el éxito de la terapia para conseguir finalmente la validación y la aceptación de las propias experiencias personales (Navarro-Leis & López, 2013).

El formato grupal propuesto por ésta terapia pasa por varias fases que abordan en el inicio las conductas más disfuncionales, posteriormente las conductas que interfieren en la terapia, la validación de los conflictos emocionales, la capacidad para regular las emociones, el mantenimiento



de unas relaciones interpersonales satisfactorias, la resolución de conflictos de la vida diaria y el entrenamiento de la capacidad para disfrutar de las experiencias personales.

La terapia de aceptación y compromiso está específicamente diseñada para alterar el patrón de evitación de eventos privados, además, tiene como objetivo un cambio del contexto en los contenidos psicológicos que se dan, de modo que se altere la función de esos eventos privados. De acuerdo a su perspectiva funcional, no está orientada a un cambio del contenido psicológico ni a la utilización para tal fin de estrategias de control. Por tanto, el resultado será una mayor flexibilidad conductual, puesto que la persona con diagnóstico de trastorno de la personalidad esquizotípica, no estará condicionado a actuar siempre para evitar y escapar de sus eventos privados desagradables, sino que podrá actuar en dirección a sus valores personales, aun cuando eso suponga experimentar más malestar a corto plazo. (Hayes, Strosahl, Wilson, Bissett, Pistorello, Toarmino, & McCurry, 2004).

La psicoterapia analítica funcional propone la aplicación de los principios operantes de moldeamiento de la conducta a través de las contingencias de reforzamiento, siguiendo la conceptualización de Skinner de conducta verbal aplicándolo a la relación terapéutica, además enfatiza las funciones evocadoras, discriminativas y reforzantes del terapeuta, de modo que éste pueda manejar las contingencias relevantes a la problemática del paciente en la propia relación terapéutica, está, por tanto, específicamente indicada para aquellas personas con dificultades en las relaciones interpersonales como el trastorno de personalidad esquizotípica (Navarro-Leis & López, 2013).

Las terapias de tercera generación son compatibles entre sí, compartiendo objetivos y, en algunos casos, siendo aplicadas y evaluadas de forma conjunta. De hecho, la FAP genera las condiciones necesarias para una aplicación más eficaz de ACT. Por otro lado, la TDC incorpora procedimientos de intervención novedosos, que no son aplicados de forma sistemática desde otros modelos como, por ejemplo, la utilización simultánea del formato individual y grupal, o la posibilidad del contacto telefónico con el terapeuta en situaciones de crisis. Estas terapias mantienen un compromiso con la evaluación y la mejora en los resultados terapéuticos en un trastorno de la complejidad de los trastornos de personalidad.

A nivel nacional, la legislatura legal vigente en su artículo 98 del Código Penal, indica que en los casos en los cuales es procedente una medida de seguridad, le corresponde al Juez imponer, obligatoriamente, una medida de seguridad cuando el autor de un delito haya sido declarado inimputable o tuviere disminuida su imputabilidad, o bien, cuando por causa de una enfermedad mental se interrumpe la ejecución de la pena que le fue impuesta.

Por otra parte, el artículo 101 del Código Penal indica que entre las medidas curativas que puede adoptar el juzgador están, el ordenar el ingreso en un hospital psiquiátrico; dictaminar el ingreso en un establecimiento de tratamiento especial educativo y decretar que la persona se someta a un tratamiento psiquiátrico, siendo que el artículo 102 del Código Penal dispone que las medidas de seguridad se aplicarán en servicios psiquiátricos idóneos o en establecimientos de tratamiento especial educativo.

La Caja Costarricense de Seguro Social como encargado de la prestación de servicios de salud a nivel nacional, desde el 2010, puso en funcionamiento el Centro para la Atención de Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley, en el cuál actualmente descuentan penas privativas de libertad, si bien pertenece a la CCSS, cuenta con el apoyo del personal del Ministerio de Seguridad para garantizar la seguridad de los internos y del personal a cargo (CNREE, 2013).

Este Centro está a cargo del abordaje integral de aquellas personas que han cometido conductas violentas y delictivas y que además son portadoras de diagnóstico de trastorno de la personalidad esquizotípica (Badilla, 2014).

## Discusión

El tema de conducta violenta y delictiva, además de ser difícil de definir, ya que se proponen desde diferentes perspectivas y diferentes autores sus definiciones y abordajes, varían de acuerdo al contexto y el criterio de juicio de cada persona y lugar. Si además agregamos el tema de Trastornos de Personalidad, le aumentamos el grado de dificultad para el abordaje, ya que a pesar de que los especialistas en Salud Mental poseen un Manual diagnóstico para estas patologías, no siempre coinciden los criterios entre los psiquiatras y psicólogos clínicos. Por tanto, hasta no estandarizar el modo de diagnosticar y definir estas variables se seguirán manteniendo las diferencias.

Es importante recalcar desde la bibliografía consultada que, sólo una pequeña parte de la violencia es realizada por las personas con enfermedades mentales, ya que suelen ser poblaciones vulnerables y por lo tanto, tienden a ser más víctimas que victimarios. Aquellas personas con mayor incidencia a estar inmersos en la violencia, tienden a ser personas que crecen en zonas violentas, urbano marginales o aquellas que son inmersas en las diferentes problemáticas sociales, lo que sería un factor de riesgo para cualquier persona y no sólo para aquellas personas diagnosticadas con algún trastorno de la personalidad.

Aunque si se menciona en la literatura consultada que las conductas violentas pueden estar relacionadas con los trastornos de personalidad, se considera, que además influyen otros factores como los endógenos y exógenos, especialmente, de interacción con la o las víctimas y también el tipo de trastorno de personalidad, aunado a lo anterior se considera que éstas conductas violentas pueden activarse por diversas circunstancias, no sólo por la sintomatología y características propias del trastorno, en el caso de la esquizotipia, una circunstancia que podría activarla sería la aversión al contacto con otras personas.

Todos los estudios consultados sobre la posible relación entre trastorno Esquizotípico de la personalidad y las conductas violentas y delictivas no concluyen una relación directa entre ambos, aunque si mencionan la relación de éstas conductas con la psicopatía, la conducta antisocial, el abuso y/o dependencia de drogas o la ira.

Los estudios señalan que las personas con diagnóstico de trastorno de personalidad Esquizotípico y que a lo largo de su vida presentan conductas violentas o delictivas, tienden a cometer actos más violentos, incluso más violentos que las personas con trastorno de personalidad antisocial. Su actuación suele ser en solitario, lo cual lo vinculan con las características propias del trastorno, como el evitar el contacto social, y el poco apego emocional con las personas.

Mencionan además los estudios realizados, la importancia de evitar el consumo de alcohol y drogas, ya que tienden a incrementar la posibilidad de las conductas violentas o delictivas en general y por ende con mayor gravedad en las personas con trastornos de personalidad esquizotípica. Ya que el consumo no sólo altera el estado fisiológico de las personas, sino que colaboran a que las personas que regularmente llevan un tratamiento farmacológico lo abandonen y por tanto su sintomatología aparezca, o bien se descompensen.

Actualmente se cuenta con sólidos hallazgos sobre las bases neurobiológicas de los trastornos de personalidad, de este modo, los trastornos de personalidad, se consideran en términos de alteraciones, debidas a perturbaciones en el desarrollo de las redes neuronales, que provocan que las representaciones internas sean sesgadas, limitadas, persistentes y no adaptativas. Apoyando con esto, el hecho de que los trastornos de personalidad, no sólo son consecuencia del entorno social.

Los avances de la neurociencia han promovido la comprensión del papel de los circuitos del cerebro, la genética, el estrés, y neuromoduladores en la regulación de la conducta normal y en la patogénesis de la psicopatología, además, han posibilitado una mayor comprensión del papel de la neurobiología de las diferencias individuales en los trastornos de la personalidad. Y por tanto, los estudios que se han venido realizando con el fin de buscar tratamientos adecuados para estas patologías.

Las diferencias individuales en la regulación y organización de los procesos cognitivos, la reactividad afectiva, impulsividad y la ansiedad pueden ser factores de riesgo para los trastornos de personalidad, como el trastorno límite y esquizotípico. Lo que aumentaría en este caso, las conductas violentas y delictivas en las personas con estos trastornos.

Las investigaciones a nivel neurobiológico sugieren que, los pacientes con trastorno de personalidad esquizotípica, tienen un perfil de trastornos cognitivos y anomalías estructurales, sobre todo de la corteza temporal, similares a las que se encuentran en pacientes con esquizofrenia, pero una combinación de mejores reservas prefrontales y una actividad dopaminérgica más atenuada subcorticalmente, que los protege de la aparición de psicosis.

Se evidencian algunas limitaciones en cuanto al abordaje y opciones de tratamientos psicológico para las personas diagnosticadas con trastorno de personalidad esquizotípica, que presentan conductas violentas y delictivas, ya que el carácter egosintónico de éstas personas y la ausencia de insight del paciente sobre sus rasgos inadaptativos dificultan el establecimiento de un vínculo terapéutico adecuado, agravándose cuando se asocian a otras patologías ya que empeoran el pronóstico y favorecen la cronificación. Lo que dificulta por el ende el abordaje terapéutico y con ellos los esfuerzos de los familiares y terapeutas de estabilizar los pacientes y la posible rehabilitación en aquellas personas que pudiera darse.

Sin embargo, los estudios apuntan a que es posible la reincorporación en la sociedad a las personas diagnosticadas con trastorno de personalidad esquizotípica que sufren de episodios psicóticos y que cometen conductas violentas, una vez sean medicados y asistidos, puesto que inmediatamente dejan de ser peligrosos. En estos casos la enfermedad está compensada o estabilizada. Y al igual que cualquier otra enfermedad una vez estabilizada, la persona puede llevar una vida normal. Rescatando con esto la necesidad de implementar planes efectivos con el fin de lograr el abordaje adecuado y con ello la reinserción social.

Para el abordaje psicológico, se recomiendan el uso de una combinación de técnicas cognitivas, afectivas y conductuales, basado en la necesidad de adaptar las intervenciones en lugar de seguir un protocolo fijo. Ya que cada paciente posee características propias que deben ser consideradas, para lograr no sólo la intervención necesaria, sino la efectividad de la terapia como tal.

Las terapias a largo plazo desde la perspectiva cognitiva conductual se plantean como necesarias, a fin de mantener los logros del tratamiento y para ayudarles a éstos pacientes en la generalización de las habilidades sociales y el abordaje efectivo de situaciones diarias, así como la toma de

decisiones y resolución de problemas, potenciando con ello las funciones ejecutivas de los pacientes.

Algunos autores consideran que se han propuesto muchos tratamientos, realizándose gran variedad de estudios para comprobar la eficacia de los mismos. Y aunque a la fecha no se ha demostrado empíricamente que exista ningún tratamiento establecido como eficaz, los tratamientos de mayor eficacia son los incluidos dentro de las llamadas Terapias de Conducta de Tercera Generación, como lo son: la Terapia Dialéctica Conductual, la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Psicoterapia Analítico Funcional.

Dependiendo del país y la legislación propia, serán determinadas las consecuencias de las conductas violentas y delictivas de las personas en general, y en especial para las personas diagnosticadas con trastornos de personalidad esquizotípica.

A nivel nacional, por las características propias de la población con trastornos mentales y problemas con la ley desde el año 2010 se ubican estas personas en el Centro para la Atención de Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley (CAPEMCOL), en las cuales se encuentran alrededor de 100 varones, algunos con enfermedades crónicas y otros que llegan de los centros penitenciarios con el fin de ser diagnosticados y posteriormente ser abordados de manera integral para su estabilización biopsicosocial y rehabilitación. Este centro por condiciones de infraestructura excluye a la población femenina y con ello la atención especializada que se les puede brindar.

Algunos de los inconvenientes con los cuales topa éste Centro es la diferencia de diagnósticos, ya que algunos se presentan ya con diagnósticos y etiquetas que datan de larga data, sin ser actualizados y se siguen abordando bajo éste diagnóstico, recordando que aunque los trastornos de la personalidad no suelen mejorar, si pueden cronificarse.

La poca cooperación por parte del grupo familiar en facilitar la contención de los pacientes, suele ser otro de los inconvenientes que se encuentran, ya que muchos de ellos al ser ingresados en CAPEMCOL, son abandonados por sus familiares, los cuales alegan no poseer la experiencia o bien los conocimientos para evitar las conductas violentas y por tanto no desean recibirlos en sus hogares, dificultando con esto su reinserción social y saturando el Centro.

Una de las problemáticas con las que ha tenido que hacer frente CAPEMCOL, es que existe una gran cantidad de personas con problemas legales, que buscan beneficiarse con los diagnósticos psiquiátricos, simulando los síntomas, por lo que actualmente se coordina con Psiquiatría Forense del Ministerio de Justicia, con el fin de que previo al ingreso de las personas a éste Centro sean evaluadas por sus profesionales, realizando con esto un “filtro”.

Si bien hay factores propios del trastorno de personalidad Esquizotípico que precipitan las conductas violentas y delictivas, es necesario en primera instancia trabajar de manera preventiva otros factores que también precipitan estas conductas en personas que no poseen diagnósticos psiquiátricos, esto con el fin de evitar aumentar los riesgos. Y con ello disminuir la incidencia de éstos eventos en la población con diagnósticos de trastorno de la personalidad, logrando con ello uno de los principios que plantea la OMS, en cuanto, no sólo resulta más económico para los sistemas de salud, la prevención que la curación, sino que para la sociedad, resulta ser más beneficioso también.

## Capítulo VI

### Conclusiones

Posterior a la bibliografía consultada, es importante rescatar que efectivamente se han realizado diversos estudios de casos con personas diagnosticadas con trastornos de personalidad en general, abarcando el Trastorno de Personalidad Esquizotípico, de manera reciente, lo que favorece no sólo los estudios, sino que también, el modo de abordaje, desde lo jurídico, social y el ámbito de salud.

A lo largo de los años, se ha intensificado el debate acerca de si las personas que cometen delitos tienen determinadas características de personalidad que nos puedan llevar a predecir e incluso a evitar la comisión de los mismos, por ello los estudios en este campo se han ido incrementando.

El problema es que, hasta la fecha, lo único que podemos afirmar de acuerdo a la revisión, es que existe una gran dificultad para establecer predicciones de conducta delictiva basada en rasgos o características individuales de personalidad, iniciando desde el establecer el diagnóstico, hasta el tipo de conducta violenta o delictiva que se realiza.

Actualmente se cuenta con hallazgos sobre las bases neurobiológicas de trastornos, desde los más simples, hasta los más complejos como los trastornos de personalidad. De este modo, los trastornos de personalidad, pueden ser considerados en términos de alteraciones, debidas a perturbaciones en el desarrollo de las redes neuronales, que provocan que las representaciones internas sean sesgadas, limitadas, persistentes y no adaptativas.

Aun así, hay estudios que muestran datos concluyentes, a saber, las personas con diagnósticos de Trastornos de la Personalidad Esquizotípico tienden a cometer actos delictivos considerados más violentos que otras personas portadoras de trastornos de la personalidad diferentes, además, suelen actuar en solitarios y las personas afectadas en su mayoría son conocidas o parientes. Es necesario resaltar acá que éstas conclusiones se relacionan con los síntomas y características propias del Trastorno de la Personalidad Esquizotípica, lo que entonces podríamos considerar que, si influyen los síntomas de cada trastorno en el modus operandi.



Las diferencias individuales en la regulación y organización de los procesos cognitivos en cada persona, la reactividad afectiva, impulsividad y la ansiedad pueden ser factores de riesgo para aquellas personas que sean diagnosticadas con trastorno de la personalidad, especialmente con trastorno de personalidad esquizotípica.

De acuerdo a la información revisada, se considera que, los rasgos de personalidad tienen un componente heredable sustancial, rasgos primarios que pueden conceptualizarse como mecanismos adaptativos asociados a una vulnerabilidad genética. La impulsividad, la irritabilidad, agresividad y las alteraciones emocionales comunes en las personas diagnosticadas con trastorno de la personalidad esquizotípicas, están asociados a alteraciones serotoninérgicas, dopaminérgicas y glutamatérgicas, además, las áreas cerebrales que controlan las emociones como la CPF y el cíngulo son disfuncionales en pacientes con trastorno de la personalidad.

Los estudios y literatura mencionan que, no necesariamente una persona con el diagnóstico de algún trastorno de la personalidad posee conductas violentas y delictivas, por el contrario, consideran de mayor peso, factores sociales de riesgo, como el consumo de alcohol, la farmacodependencia, la violencia intrafamiliar, los abusos sexuales, etc. Además, se considera que al ser una población vulnerable, por la sintomatología que presentan, tienden a ser más víctimas que victimarios.

Se han propuesto muchos tratamientos psicológicos para el abordaje de los trastornos de personalidad, realizándose gran variedad de estudios para comprobar la eficacia de los mismos. Y aunque hasta la fecha no se ha podido demostrar empíricamente que exista ningún tratamiento establecido como eficaz, si se ha demostrado que los tratamientos cognitivo conductuales y conductuales resultan probablemente eficaces para el tratamiento de estos trastornos, actualmente aquellos tratamientos que se consideran poseen mayor eficacia son la Terapia dialéctica conductual, la Terapia de aceptación y compromiso y Psicoterapia analítico funcional, incluidas dentro de las llamadas Terapias de conducta de tercera generación.

En el ámbito nacional, desde el año 2010, el Centro para la Atención de Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley (CAPEMCOL), a cargo de la Caja Costarricense de Seguro Social en

convenio con el Ministerio de Seguridad, se encarga del abordaje integral de las personas con diagnóstico de algún trastorno mental, incluyendo el trastorno de personalidad esquizotípica y problemas legales, como aquellas conductas violentas y delictivas.

Es importante enfocar los esfuerzos en programas de promoción de la salud y educación en la población que posee diagnósticos psiquiátricos, con el fin de estar en sintonía con la OMS, la cual hace énfasis en la prevención más que en la curación. Evitando con ello saturaciones en los sistemas, ya sean penitenciarios o bien de salud.

## Capítulo VII

### Referencias

- Arias & Jiménez. (2009) *Casos clínicos en psiquiatría relacionados con el consumo de cannabis*. Observatorio Regional de Drogodependencias de la Comunidad de Madrid. Madrid, España: Sociedad Española de investigación en cannabinoides (SEIC).
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Badilla, F. (2014). *Entrevista al especialista en psicología clínica*. Centro para la Atención de Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley. Hospital Nacional Psiquiátrico. Caja Costarricense de Seguro Social. Costa Rica.
- Beck, A. & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. Nueva York: Guilford.
- Beck, A., Freeman, A. & Davis, D. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders*. 2nd ed. New York: The Guildford Press.
- Caballo V. (2001). Tratamientos Cognitivo-Conductuales para los Trastornos de la Personalidad. *Psicología Conductual, Vol. 9 (3)*. 579-605.
- Caballo, V.E. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis.
- Código Penal. (2000). *Artículos 42, 98, 101, 102*. República de Costa Rica. 10ma Edición. Editorial Investigaciones Jurídicas.
- Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 1955, y aprobadas por el Consejo Económico y Social en sus resoluciones 663C (XXIV) de 31 de julio de 1957 y 2076 (LXII) de 13 de mayo de 1977. *Reglas*

mínimas para el tratamiento de los reclusos. Recuperado de [http://www.tc.gob.pe/tratados/uni\\_ddhh/instru\\_alca\\_especifi\\_uni/instru\\_dere\\_civ/liber\\_personal/reglas\\_reclusos.pdf](http://www.tc.gob.pe/tratados/uni_ddhh/instru_alca_especifi_uni/instru_dere_civ/liber_personal/reglas_reclusos.pdf)

Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. (2013). *Lista de cuestiones en relación al informe inicial de Costa Rica adoptada por el Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad en su décimo periodo de sesiones*. Recuperado de [http://disabilitycouncilinternational.org/documents/CRPD\\_C\\_CRI\\_Q\\_1\\_Add-1\\_16825\\_E.pdf](http://disabilitycouncilinternational.org/documents/CRPD_C_CRI_Q_1_Add-1_16825_E.pdf)

Chargoy, E. (1996). *Génesis de la conducta antisocial. La teoría de la personalidad criminal, una aproximación para su estudio y explicación*. Memorias Tercer Congreso Regional de Salud Mental. Puebla, México.

Echeburúa, E. & Redondo, S. (2010). *¿Por qué víctima es femenino y agresor masculino?* España. Madrid: Pirámide.

Elbogen, E. & Johnson, S. (2009). The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*; 66, pp.152-61.

Esbec E. (2006). Violencia y trastorno mental. En *Psiquiatría criminal y Comportamientos Violentos. Cuadernos de Derecho Judicial*. Madrid: Consejo General del Poder Judicial, VIII:57-154.

Esbec, E. & Echeburúa, E. (2010). Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses. *Actas Españolas de Psiquiatría*; 38(5):249-261.

Farrington, D.P. (1992). Criminal career research in the United Kingdom. *British Journal of Criminology*, 32, pp. 521-536.

- Fernández-Ríos, L., & Buela-Casal, G. (2009). Standards for the preparation and writing of Psychology review articles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9 (2), 329-344.
- Fumero, A., Santamaría, C. & Jonson-Laird, P. (2010). *Formas de pensar: efecto de la personalidad en el razonamiento*. *Psicothema*, vol. 22(1), pp. 57-82.
- Gabbard, G., Schmahl, C. Siever, L. & Iskander, E. (2012). *Personality disorders: Neurobiology of psychiatric disorders*. Amsterdam: Elsevier. Schlaepfer TE, Nemeroff CB, Editors.
- Garrido, V. (2003). *Psicópatas y otros delincuentes violentos*. Valencia, España: Tirant Lo Blanch.
- Garzón, A. & Sánchez, J. (2007). *Factores neurobiológicos del trastorno de personalidad antisocial*. Facultad de Psicología. Universidad El Bosque.
- Girolamo, G. & Reich, JH. (1996). *Trastorno de Personalidad y de la conducta*. Madrid, España: Méditor.
- González, L. (2007). Características descriptivas de los delitos cometidos por sujetos con trastornos de la personalidad: motivaciones subyacentes, "modus operandi" y relaciones víctima-victimario. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, Vol. 7, pp. 19-39.
- González, L. (2011). *Trastornos de la personalidad: influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal*. (Tesis para optar por el Doctorado en Psicología Forense). Universidad Complutense de Madrid, España.
- Gutiérrez, J. (2013) *Perfil de los pacientes ingresados por Causas Judiciales en el Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica durante los años 2009-2010*. (Tesis para optar el Postgrado en Psiquiatría). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

- Harris, A. & Lurigio, A. (2007). Mental illness and violence: A brief review of research and assessment strategies. *Aggression and Violent Behavior*; 12:542-51.
- Hayes, S., Wilson, K., Gifford, E., Follette, V. & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64, 1152-1168.
- Hayes, S., Strosahl, K., Wilson, K., Bissett, R., Pistorello, J., Toarmino, D. & McCurry, S. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The psychological Record*, 54, 553-578.
- Hazletta, E., Collazoa, T., Zelmanova, Y., Entisa, J., Chub, K., Goldsteina, K., Roussosa, P., Haznedara, M., Koenigsberga, H., Newa, A., Buchsbaumd, M., Hershowitza, J., Sievera, L. & Byne, W. (2012). Anterior limb of the internal capsule in schizotypal personality disorder: Fiber-tract counting, volume, and anisotropy. *Journal of Schizophrenia Research*, 141(0): 119–127.
- Llamazares, J. & Pueyo, A. (2007). *Personalidad y alteraciones clínicas en el comportamiento penitenciario. Evaluación e intervención*. Colección Psicología y Ley, num. 3, pp. 281-289. Diputació de Valencia. Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense.
- Lentz V, Robinson J & Bolton JM. (2010). Childhood Adversity, Mental Disorder Comorbidity, and Suicidal Behavior in Schizotypal Personality Disorder. *The Journal of Nervous Mental Disease*, 198:795-801.
- Linehan, M. (2003). *Manual de Tratamiento de los Trastornos de personalidad límite [Manual for treating borderline personality disorder]*. Barcelona, España: Paidós.
- Lobbestael, J., Arntz, A. & Bernstein, D. (2010). Disentangling the Relationship Between Different Types of Childhood Maltreatment and Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 24: 285-95.

- Maíz, M. (2010). *Trastornos de Personalidad. Delitología*. Disponible en [http://www.justizia.net/servlet/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadertype=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3Dcongreso-091-personalidad\\_2.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1290508634140&ssbinary=true](http://www.justizia.net/servlet/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadertype=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3Dcongreso-091-personalidad_2.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1290508634140&ssbinary=true)
- Marín, J. & Fernández, J. (2007). Tratamiento farmacológico de los trastornos de personalidad. *Clínica y Salud, 2007, vol. 18 n.º 3* - Págs. 259-285.
- Millon, T. & Grossman, S. (2007). *Moderating severe personality disorders: A personalized psychotherapy approach*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Muñoz, J. (2007). *La aportación de las carreras criminales en el estudio del hecho delictivo*. Manuscrito inédito, Psicopatología Criminal y Forense, PCF Internacional, Madrid, España.
- Navarro-Leis, M. & López, M. (2013). Terapias cognitivo conductuales para el Tratamiento de los Trastornos de Personalidad. *Acción Psicológica vol. 10 (1)*. 33-44.
- Nestor, P.G. (2002). Mental disorder and violence: Personality dimensions and clinical features. *American Journal of Psychiatry, 159*, pp. 1312-21.
- Plan Presupuesto 2014-2015. (2013). Centro de Atención para Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley. Hospital Nacional Psiquiátrico. Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Costa Rica.
- Pedrero-Pérez, E. Ruiz-Sánchez de León, J. Lozoya-Delgado, P. Rojo-Mota, G. Llanero-Luque, M. & Puerta-García, C. (2013). Sintomatología prefrontal y trastornos de la personalidad en adictos a sustancias. *Revista de Neurología, 56*: 205-13.
- Peled, A. (2012). Personality disorders disturbances of the physical brain. *Journal of Medical Hypotheses, 79*: 487-92.

- Pereda, N. Gallardo-Pujol, D. & Jiménez, R. (2011). Trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil. *Actas Españolas de Psiquiatría*; 39(2):131-9.
- Perestelo-Pérez, L. (2013). Standard son how to develop and report systematic reviews in Psychology and Health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13, 49-57
- Piper, W. & Joyce, A. (2001). *Psychosocial treatment outcome. Handbook of personality disorders.* (pp. 323-343). Nueva York: Guilford.
- Redondo, S. & Pueyo, A. (2007). La psicología de la delincuencia. *Papeles del Psicólogo*, vol. 28, pp. 147-156.
- Salam, A., Manjula, M., Sudhir, P. & Sharma, M. (2013). Cognitive Behavior Therapy for Patients with Schizotypal Disorder in an Indian Setting: A Retrospective Review of Clinical Data. *The German Journal of Psychiatry*. Vol. 16 (2). 68-74.
- Sánchez, M., Villamil, E., Mazorco, J., García, S. & Sapudio, L. (2014). Revisión conceptual de los sustratos neuropsicológicos y psicológicos asociados a la conducta violenta humana. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*. Vol 6. No. 1, 31-40.
- Servicio de Estadística y Registros Médicos. (2011). Hospital Nacional Psiquiátrico. Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Costa Rica.
- Serrano, A. (2005). *Introducción a la Criminología*. Madrid, España: Dykinson.
- Siever, L. & Weinstein, L. (2009). The neurobiology of personality disorders: implications for psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57(2):361-98.
- Sperry, L. (1999). *Cognitive behavior therapy of DSM-IV personality disorders*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.



Tamayo, J. (2009). Neurobiología de los Trastornos de Personalidad. Universidad CES, Medellín. Colombia.

Turkat, I. (1990). The personality disorders: A psychological approach to clinical management. Nueva York: Pergamon.

Voto de la Sala Constitucional. Expediente 08-013518-007-CO, Resolución No. 2009004555. San José, Costa Rica.