

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**

**Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades**

**Aplicación de terapia dialéctica conductual a una población de personas con trastorno antisocial de la personalidad de mediana edad en internamiento actual en el Centro de Detención Provisional de El Inca para reducir la conducta agresiva**

**Proyecto de investigación**

**José Enrique Méndez Zambrano**

**Psicología Clínica**

Trabajo de titulación presentado como requisito  
para la obtención del título de  
Psicólogo clínico

Quito, 22 de abril de 2019

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**  
**COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES**

**HOJA DE CALIFICACIÓN  
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Aplicación de terapia dialéctica conductual en una población de personas con trastorno antisocial de la personalidad de mediana edad en internamiento actual en el Centro de Detención Provisional de El Inca para reducir la conducta agresiva**

**José Enrique Méndez Zambrano**

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Ana María Viteri, PhD. en Psicología.

Firma del profesor

---

Quito, 22 de abril de 2019

## **Derechos de Autor**

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos: José Enrique Méndez Zambrano

Código: 00126461

Cédula de Identidad: 1723920847

Lugar y fecha: Quito, 22 de abril de 2019

## RESUMEN

El trastorno antisocial de la personalidad conlleva una presentación clínica con importantes implicaciones para la sociedad actual. Entre las características que le componen están la falta de empatía, delincuencia juvenil, problemas de criminalidad, impulsividad, falta de remordimiento, manipulación, entre otras (Widiger, 2012). Estas implicaciones se tornan relevantes al notar el alto índice de criminalidad en poblaciones con este trastorno; así mismo, las conductas notorias como violencia o agresión se vuelven relevantes por su alta incidencia. De esta manera, es necesario desarrollar un método específico de tratamiento psicológico capaz de cubrir esta problemática desplegada en toda su presentación clínica. Así, se propone utilizar la terapia dialéctica conductual para reducir los índices de agresividad en una población de reclusos con este diagnóstico. De la misma manera, se pretende revisar los efectos de dicha terapia sobre dos indicadores adicionales: impulsividad y emocionalidad negativa (ira). La literatura sugiere que son factores mediadores para la conducta agresiva. Así, esta investigación busca profundizar el conocimiento sobre el posible tratamiento de una población que es considerada difícil y sobre la cual no existe suficiente investigación para determinar un tratamiento efectivo y de primer orden.

Palabras clave: trastorno mental, trastorno de personalidad, antisocial, terapia dialéctica conductual, agresividad, ira, impulsividad, reclusión.

## ABSTRACT

Antisocial personality disorder entails a clinical presentation with important implications in actual society. Amongst the characteristics of this disorder are lack of empathy, juvenile delinquency, criminality, impulsivity, lack of remorse, manipulation, and others (Widiger, 2012). Such implications turn relevant considering the high rates of criminality amongst populations with this disorder; thus, notable behaviors such as violence or aggression turn relevant due their high incidence. Therefore, there is the need to develop a specific method of psychological treatment able to cover this issue which is displayed on the disorder's clinical presentation. Thus, this work proposes using Dialectical Behavioral Therapy to reduce aggressivity rates amongst a population of convicted people who has this diagnosis. In this fashion, this work also proposes revising the effects of such intervention on two additional indicators: impulsivity and negative emotionality (anger). Literature suggests that they are mediating factors for aggressive behavior. Therefore, this research aims to deepen the knowledge of possible treatment for a difficult population which also lacks research concerning effective first order treatment.

*Key words:* mental disorder, personality disorder, antisocial, dialectical behavioral therapy, aggressivity, anger, impulsivity, reclusion.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>7</b>
<b>Planteamiento del problema</b>	<b>7</b>
<b>Objetivos y pregunta de Investigación</b>	<b>9</b>
<b>Justificación</b>	<b>10</b>
<b>Marco Teórico</b>	<b>11</b>
Introducción.	11
Personalidad y trastornos de personalidad.	13
Trastorno antisocial de la personalidad.	16
Etiología del trastorno antisocial de la personalidad.	18
Tratamientos efectivos en TAP.	23
Terapia Dialéctica Conductual, una breve impresión.	26
<i>Conciencia plena.</i>	29
<i>Efectividad interpersonal.</i>	30
<i>Regulación emocional.</i>	30
<i>Tolerancia al estrés.</i>	31
<b>Diseño y metodología</b>	<b>32</b>
Diseño.	32
Población.	33
Instrumentos o materiales.	35
<i>Entrevista Clínica Estructurada para los desórdenes del eje 2 del DSM-IV (SCID-II).</i>	35
<i>Escala de Psicopatía Revisada de Hare (Psychopathy Checklist Revised- PCL-R).</i>	36
<i>Cuestionario de Agresión de Buss &amp; Perry (Agresion Questionare –AQ).</i>	37
<i>Inventario de Estado-Rasgo de Expresión de la ira de Spielberger (State-Trait Anger Expression Inventory – STAXI-II).</i>	38
<i>Escala de Impulsividad de Barratt (Barratt’s Impulsivity Scale – BIS-11).</i>	39
Análisis de los datos	42
<b>Consideraciones éticas</b>	<b>43</b>
<b>Discusión</b>	<b>43</b>
Fortalezas y limitaciones de la propuesta.	43
Recomendaciones para futuros estudios.	47
<b>REFERENCIAS</b>	<b>49</b>
<b>ANEXO A: INSTRUMENTOS</b>	<b>60</b>
Anexo 1: Cuestionario de Agresión de Buss y Perry (1992), versión española por Andreu, Peña y Graña (2002).	60
ANEXO 2: STAXI-II por Spielberger, versión española por Miguel, Casado, Cano, & Spielberger, 2001.	61
ANEXO 3: BIS-11 por Barratt, versión chilena por Salvo y Castro, 2013.	63
<b>ANEXO B: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	<b>65</b>
<b>ANEXO C: TABLAS</b>	<b>67</b>
Tabla #1. Ítems del PCL-R.	67
Tabla #2. Criterios diagnósticos del TAP en el DSM-5.	68

## **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**

### **¿CÓMO Y HASTA QUÉ PUNTO LA APLICACIÓN DE TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL EN UNA POBLACIÓN DE PERSONAS CON TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD DE MEDIANA EDAD EN INTERNAMIENTO ACTUAL PUEDE REDUCIR LA CONDUCTA AGRESIVA?**

#### **Planteamiento del problema**

Inicialmente, la presentación clínica de trastorno antisocial de la personalidad incluye conductas riesgosas y conductas violentas. La OMS define la violencia como:

“El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. (OMS, 2002).

Adicionalmente, se incluye riesgo suicida, amenazas, intimidaciones y otros actos como violentos (OMS, 2002). Debido a los impactos que esto tiene en la persona, la presencia de violencia se torna en una cuestión de salud pública; es una responsabilidad de las entidades gubernamentales, específicamente aquellas relacionadas a la salud, atender esta problemática.

De igual manera, una de las manifestaciones más notorias en los últimos años son la violencia contra la mujer y la pareja, mismas que tienen una prevalencia elevada (OMS, 2014). Este tipo de violencia ocurre a lo largo de razas, religiones, clases sociales y niveles de educación (Mauricio & Tein, 2007). Los hallazgos reflejan que este tipo de violencia es ocasionada, muchas de las veces, por personas con un diagnóstico de personalidad limítrofe o antisocial (Mauricio, Tein & López, 2007; Romero, Lila, & Moya, 2016). Esto refleja la

asociación entre tener este diagnóstico y una forma de violencia documentada: violencia a la pareja íntima. Otras formas de violencia documentadas incluyen abuso sexual, agresión física, maltrato infantil, entre otras, cuyos impactos pueden ser severos y duraderos (Reidy et al, 2015).

Ahora, este problema se torna enteramente una cuestión de salud pública (OMS, 2002; OMS, 2014; Reidy et al, 2015; Reidy et al, 2016). Una de las formas de afrontar este problema han sido intervenciones de prevención primaria (Reidy et al, 2016; Reidy et al, 2015; Barlow & Durand, 2013). Es por esta razón que nace la iniciativa de diseñar un modelo de tratamiento directo que pueda ayudar como coadyuvante de un modelo preventivo. En el caso del trastorno límite de la personalidad, que manifiesta conducta agresiva (Mauricio, Tein & López, 2007) se diseñó la terapia dialéctica conductual (TDC) para tratarlo. Esta terapia surgió a partir de la terapia cognitiva conductual para tratar este trastorno específico.

En su tiempo, Marsha Linehan había encontrado dificultades sobre el tratamiento de este trastorno; mucho del tratamiento únicamente era farmacológico, por lo que decidió incorporar los aspectos más salientes del tratamiento y proponer una modificación aplicable (1987). Actualmente, se ha demostrado su efectividad: la TDC o *DBT* (*dialectical behavior therapy*, por sus siglas en inglés) Y la terapia psicodinámica fueron efectivas al tratar este trastorno de personalidad (Cristea, Gentili, Cotet, Palomba, Barbui, & Cuijpers, 2017). Entonces, se podría esperar que el trastorno antisocial de la personalidad pueda seguir un curso similar en términos de atención clínica particular.

Adicionalmente, una parte fundamental de este trastorno es la perspectiva negativa sobre el mismo. Karpman lo había descrito en 1946 como: “un caso virtualmente incurable, que requiere indefinida institucionalización en lugar de castigo temporal” (Skeem, Monahan,



& Pulvey, 2002). Al igual que esta descripción, existen otras que apoyan y sugieren el internamiento psiquiátrico o encarcelamiento debido a la presencia de conductas riesgosas, violentas y criminales. Esto proviene de la falta de empatía, manipulación, negación de la responsabilidad y otros rasgos caracterológicos (Skeem, Monahan, & Pulvey; Barlow & Durand, 2013) que dificultan el tratamiento. Adicionalmente, esta población es resistente a buscar tratamiento e incluso se considera que los terapeutas pueden estar muy de acuerdo en que el internamiento carcelario (Barlow & Durand, 2013).

Así, existe una resistencia para el tratamiento individual, tanto en quienes sufren de este trastorno como quienes lo tratan. Esto es justificable por los bajos resultados obtenibles y las dificultades que involucra el trastorno. Así, se ha optado indudablemente por aumentar las aproximaciones preventivas primarias (Reidy et al, 2015; Reidy et al, 2016; Barlow & Durand, 2013). Por este motivo, se requiere el diseño de programas de intervención psicológica adaptados al trastorno antisocial de la personalidad (TAP) considerando la eficacia que tuvo la TDC sobre el trastorno límite de la personalidad (TLP).

### **Objetivos y pregunta de Investigación**

El objetivo principal de esta propuesta es medir la conducta agresiva posterior a la aplicación de tratamiento dialéctico conductual en una población de personas privadas de su libertad de mediana edad, con diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad y en internamiento actual. De este objetivo, se desprenden los siguientes objetivos secundarios:

- Identificar qué aspectos o componentes de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) pueden resultar más efectivos en esta población y contrastar dichos componentes con otras aplicaciones e investigaciones realizadas previamente.

Después de entender la situación particular alrededor del trastorno antisocial de la personalidad, surge la siguiente pregunta de investigación:

- *¿Cómo y hasta qué punto la aplicación de terapia dialéctica conductual puede ser efectiva en una población de individuos con un diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad de mediana edad (entre 40-55 años), en internamiento actual?*

### **Justificación**

Los trastornos de personalidad, en general, reflejan un reto en el tratamiento por sus patrones de funcionamiento persistentes y duraderos. La evidencia sugiere que el resultado del tratamiento psicoterapéutico depende mucho de la forma de la psicoterapia y el trastorno en sí (Leichsenring & Leibing, 2003). Así, este estudio pretende revisar qué tan efectivo sería aplicar TDC en una población con trastorno antisocial de la personalidad para reducir la conducta agresiva o violenta. Adicionalmente, se busca determinar qué aspectos de la terapia dialéctica conductual pueden ser más salientes y efectivos al momento de tratar uno de los trastornos concebido como “virtualmente incurable” según Karpman (1946, en Skeem, Monahan, & Mulvey, 2002).

Así, al determinar los aspectos centrales que puedan predecir efectividad, se espera generar una intervención específicamente diseñada para este trastorno. Esto proveería información precisa para determinar y proponer modelos de tratamiento modificados y direccionados hacia la etiología y presentación clínica de este trastorno, a diferencia de otros trastornos de personalidad. Entonces, se proveería mayor introspección sobre el método de tratamiento que puede ser efectivo; ahora, este estudio no pretende desarrollar una guía de tratamiento sino la identificación de componentes efectivos que pueden ser aplicados en esta problemática actual proponiendo una respuesta clínica ante la misma.

A continuación, se llevará a cabo una revisión de la literatura concerniente al trastorno antisocial de la personalidad en términos de presentación clínica y de los diferentes tipos de tratamientos aplicados. De esta manera, se espera comparar estudios que han sido aplicados sobre este diagnóstico con la finalidad de identificar y resaltar los componentes de la terapia dialéctica conductual que podrían resultar salientes y efectivos. Posteriormente, se detallará la metodología de este estudio, análisis hipotético de resultados, discusión y conclusiones del presente estudio.

## **Marco Teórico**

### **Introducción.**

Inicialmente, se entiende por personalidad el conjunto de pensamientos, emociones, conductas y sentimientos que funcionan como un patrón (APA, 2018). Este patrón se compone de temperamento y carácter; el temperamento incluye factores biológicos y genéticos que influyen sobre la personalidad (Caballo, 2004). De igual manera, existen otros rasgos adquiridos durante el desarrollo: los rasgos caracterológicos reflejan factores psicosociales aprendidos que influyen en la personalidad (Caballo, 2004). Entre estos factores, se encuentra el desarrollo y presencia de los esquemas, que incluyen componentes afectivos, cognitivos, conductuales e interpersonales y guían el procesamiento de la información (Stein & Young, 1992, en Semerari, 2002).

En continuación, a partir del funcionamiento esquemático se derivan diferentes rasgos que indican un funcionamiento particular. Por ejemplo, Cloninger plantea la búsqueda de novedad o activación conductual, evitación de daño, persistencia, entre otros, como rasgos del temperamento (1993, en Caballo, 2004). Actualmente, las dimensiones categóricas usadas para definir los trastornos de la personalidad recogen conductas observables que reflejan

rasgos de la personalidad (Glenn, Johnson, & Raine, 2013). De esta manera, existe una amplia gama para describir las características constitucionales de la persona, tanto respecto de su carácter, temperamento y funcionamiento mental interno.

Ahora, un trastorno de personalidad incluye un patrón persistente de emociones, conductas y cogniciones que resultan en distrés o malestar emocional para la persona afectada u otros y que puede causar dificultades en el trabajo o las relaciones interpersonales (APA, 2013, en Barlow & Durand, 2013). Adicionalmente, define la experiencia interna y conducta de manera inflexible, se desvía de las expectativas culturales, comienza en la adolescencia y es estable en el tiempo (APA, 1994). De manera más profunda, Matusiewicz et al añaden otras características como dificultades con el procesamiento de información, regulación emocional y control de los impulsos a la definición de trastorno de personalidad (2010). Estos patrones se despliegan a través de diferentes rasgos de la personalidad y diferentes contextos en que denotan y/o generan disfuncionalidad en la persona a quien conforma.

De esta manera, en el trastorno antisocial de la personalidad, se reconocen rasgos como falta de empatía, egocentrismo, carisma, engaño, grandiosidad, falta de remordimiento, entre otros (Skeem, Monahan, Pulvey, 2002; Hare et al, 2012, en Barlow & Durand, 2013). Estos rasgos constitutivos dan indicios de las conductas y patrones interpersonales que estas personas tienen. Por ejemplo, se pueden observar abuso de sustancias, irrespeto por las normas institucionales, amenazas a otras personas, violencia interpersonal, entre otras conductas (Hirose, 2001; Barlow & Durand, 2013; Gibbon et al, 2010). Adicionalmente, muchas de estas se asocian a un alto nivel de criminalidad (Gibbon et al, 2010) aunque esto depende del coeficiente intelectual (*IQ*) de la persona según Barlow & Durand (2013). Por

ejemplo, White, Moffitt, y Silva mostraron que la diferencia en un grupo de niños que predijeron tendrían conducta criminal a los 15 años fue el IQ (1989, Barlow & Durand, 2013).

Consecuentemente, este desorden genera mayor disfunción es el contexto interpersonal: una de las características más notorias de este trastorno es la presencia de agresiones y conductas violentas documentadas en diferentes ambientes (Reidy, Kearns, & DeGue, 2013). Conjuntamente, existen rasgos como búsqueda de emociones y novedad, extraversión y baja evitación del dolor o daño (Caballo, 2004) que juegan un rol importante sobre la conducta agresiva. Estos rasgos también son notorios en personas con abuso de sustancias, diagnóstico comórbido con el TAP. Un 80-85% de individuos con este diagnóstico de personalidad también cumplían criterios para abuso de sustancias (Regier et al, 1990; Chevez, 2010; en Glenn, Jhonson & Raine, 2013).

Estas condiciones permiten en mayor medida la presencia de conductas de riesgo propio y ajeno; muchas de ellas terminan en cargos criminales. Aunque la prevalencia de este diagnóstico es baja (1%) las personas que lo tienen perpetúan el doble de crímenes violentos: se les atribuyen entre 30-50% (Reidy, Kearns, & DeGue, 2013). De igual manera, se les atribuye un alto índice de recidiva criminal y particularmente recidiva por conductas altamente violentas (Davies, 2007, en Gibbon et al, 2010). Así, mucho del funcionamiento de estas personas involucra un alto riesgo a sí mismos, por las situaciones a las que se exponen, y a los demás debido a la presencia de conducta agresiva y altos índices de criminalidad.

### **Personalidad y trastornos de personalidad.**

Inicialmente, se podría pensar en la personalidad únicamente como un conjunto de rasgos característicos y definitorios de la persona (Barlow & Durand, 2013). No obstante,

esta descripción descartaría otros componentes psicológicos que definen y reflejan de manera adecuada la experiencia de la persona. Entonces, se le considera como un conjunto y patrón de pensamientos, sentimientos, conductas, relaciones interpersonales que son característicos y definitorios de la persona (Phares, 1988 en Caballo, 2004; Widiger, 2012). Así, se puede entender y explicar su funcionamiento de manera más exhaustiva, considerando la amplitud de contextos sobre los cuales opera la personalidad como constructo.

Consecuentemente, estos rasgos son patrones estables y persistentes que se manifiestan a lo largo de diferentes contextos sociales y personales (American Psychiatric Association, 2014) como el trabajo, estudios académicos, relacionamiento interpersonal, entre otros. Además, la personalidad también incluye el carácter definido como aquellos *“factores psicosociales, aprendidos, que influyen sobre la personalidad”* (Caballo, 2004, p. 28). Ahora, la personalidad se considera constitutiva pero también puede ser influenciada por otros factores como la experiencia, el aprendizaje, la crianza, la cultura, entre otros. Así, se le considera generalmente estable pero sujeto a diferentes influencias.

Ahora, existe una diferenciación notoria entre lo que se considera personalidad normal y trastorno de personalidad, siguiendo la tradición de la psicología anormal de separar el funcionamiento normal de la disfunción clínica. El funcionamiento normal cae dentro de las expectativas sociales y culturales mientras que el anormal se asocia a una disfunción en la capacidad del individuo de operar en su ambiente y la presencia de distrés emocional de acuerdo con dichas expectativas (Barlow & Durand, 2013). Este comprende diferentes fenómenos psicológicos como emociones, cogniciones, conductas y patrones relacionales que resultan en distrés emocional para la persona u otros (American Psychological Association, 2013, en Barlow & Durand, 2013; American Psychological Association, 2014).

Adicionalmente, la APA en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (o DSM por sus siglas en inglés) lo describe como “*un patrón de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo*” (2014, p.645). El CIE 10 o Clasificación Estadística de Enfermedades y otros Problemas relacionados con la Salud comparte estos criterios y enfatiza el desarrollo del trastorno desde la infancia o adolescencia hacia la adultez y la persistencia de este (World Health Organization, 1993). Entonces, el trastorno de personalidad es un fenómeno de experiencia disfuncional estable en el tiempo, inflexible, inadecuado para las expectativas socioculturales del individuo y que genera disfunción en la capacidad de la persona de operar en diferentes contextos o genera distrés emocional marcado.

Actualmente, existe una controversia marcada sobre la operación clínica de este constructo; al momento de diagnosticar a una persona con dicho trastorno existe un fuerte debate de cómo hacerlo (Livesley & Larstone, 2018). Por ejemplo, el DSM-V continúa operando bajo una definición categórica de los trastornos de personalidad, a pesar de que se ha sugerido fervientemente considerar una definición dimensional sobre este fenómeno o inclusive una definición mixta (Livesley & Larstone, 2018). La perspectiva dimensional se refiere al entendimiento de la presencia, coexistencia y la intensidad de los diferentes rasgos que se manifiestan (Widiger, 2012; Livesley & Larstone, 2018). De esta manera, se puede tener un entendimiento exhaustivo sobre la experiencia del individuo que permite generar efectividad en el tratamiento clínico.

Actualmente, los sistemas categóricos de diagnóstico incluyen rasgos descriptivos que se desprenden de cada uno. Si bien la presencia de estos rasgos permite la definición de la

categoría diagnóstica y la diferenciación entre categorías, existe un traslape. Así, se considera la posible presencia y coexistencia de diferentes rasgos a lo largo de un continuo; muchos trastornos comparten ciertos rasgos que no les son definitorios (Livesley & Larstone, 2018). Esto es de vital importancia para trastornos como el Trastorno Antisocial de la Personalidad puesto que muestra diferentes rasgos presentes en otras categorías diagnósticas como en el abuso de sustancias o trastorno límite.

### **Trastorno antisocial de la personalidad.**

Históricamente, el constructo de psicopatía precedió al trastorno antisocial de la personalidad. Hervey Ceckley definió 21 características que reflejaban los rasgos de un psicópata que luego redujo para enfatizar los aspectos nucleares (Widiger, 2012). Así, quedaron 16 características como carisma superficial, buena inteligencia, ausencia de pensamiento irracional, falta de sinceridad y honestidad, conducta antisocial y pobre juicio (Widiger, 2012), entre otras. Si bien estos rasgos definían el constructo de psicopatía, era difícil generar evidencia empírica del mismo (Widiger, 2012). Entonces, Robert Hare continuó desarrollando este constructo considerando las implicaciones sociales de este desorden.

Posteriormente, Hare desarrolló la Lista de Síntomas de Psicopatía o Psychopathy Checklist Revised (PCL-R, por sus siglas en inglés) (Hare, Hart, Harpur, 1991; Skeem, Monahan, & Mulvey, 2002; Widiger, 2012). Esto permitió proveer una definición operacional que fomentó la investigación posterior sobre este desorden; la escala refleja el constructo puesto que sus ítems pueden considerarse conceptos abiertos (Widiger, 2012). Entonces, el practicante clínico que usa esta escala está en la capacidad de revisar si la persona muestra o no los rasgos concernientes al trastorno. Los rasgos de la PCL-R reflejan



en mayor medida los aspectos nucleares del trabajo de Ceckley (Brazil & Forth, 2016) en los siguientes dominios: Interpersonal, afectivo, estilo de vida y antisocial.

A partir de ese momento, los rasgos específicos que menciona Ceckley son direccionados en las dimensiones propuestas por Hare y permiten tener una definición más adecuada de la psicopatía. Así, se le entiende como una constelación de rasgos distintivos emocionales e interpersonales en un contexto de conducta antisocial crónica y un pobre control de los impulsos (Venables, Hall, & Patrick, 2014; Blais & Ritchie, 2016). Los rasgos particulares que lo componen se pueden encontrar en la Tabla 1, misma que refleja la forma en que se describe y despliega el constructo de psicopatía.

Actualmente, el TAP comprende y describe a aquellos individuos con un patrón pervasivo de irrespeto y violación por los derechos de otros que comienza en la adolescencia, continúa hacia la adultez y está caracterizado por la falta de remordimiento, conducta agresiva, mentira, manipulación y engaños patológicos, entre otros rasgos (Glenn, Johnson & Raine, 2013; Barlow & Durand, 2013; American Psychological Association, 2014). Los criterios específicos de este trastorno se denotan en la tabla 2. Esta definición ha permitido el diagnóstico a partir de rasgos y conductas observables en los individuos que lo padecen, aunque no enfatiza con profundidad la estructura psicológica de la persona. Por otro lado, el sistema diagnóstico enfatiza la conducta observable, misma que se puede considerar parte del dominio antisocial del constructo de psicopatía en lugar de enfatizar en la estructura psicológica de la psicopatía (Hare, Hart & Harpur, 1991; Widiger, 2012; Glenn, Johnson & Raine, 2013).

Así todavía existe controversia al separar estos dos constructos a pesar de sus manifestaciones similares (Barlow & Durand, 2013). Por ejemplo, Venables, Hall y Patrick

proponen un modelo tripartito en el cual el TAP y la psicopatía comparten dos facetas fenotípicas: crueldad y desinhibición (2014). Por otro lado, se atribuye únicamente la audacia (dominancia social, ausencia de miedo y resiliencia al estrés) a la psicopatía (Venables, Hall & Patrick, 2014). De igual manera, ciertos autores mencionan que los ofensores con TAP muestran diferencias en cuanto a déficits emocionales, procesamiento afectivo y procesamiento cerebral ante estímulos emocionales en función de si existe psicopatía coexistente (De Brito, Viding, Kumari, Blackwood & Hodgins, 2013). Entonces, se consideran formas diferentes, siendo la psicopatía una forma más grave del TAP.

Para los propósitos de este estudio y considerando la evidencia que diferencia estos constructos, se considerará únicamente el constructo de TAP. Así mismo, sólo se utilizará la definición propuesta por el DSM-5 sobre el diagnóstico. El fin de esta propuesta es determinar las incidencias de la terapia dialéctica conductual sobre la conducta agresiva, siendo esta una conducta notoria sobre la cual enfatiza este sistema diagnóstico.

### **Etiología del trastorno antisocial de la personalidad.**

El desarrollo del trastorno antisocial de la personalidad depende de factores genéticos, fisiológicos, neurobiológicos, relacionales y ambientales que actúan de manera conjunta para definir y mantenerlo (Glenn, Johnson & Raine, 2013; Haberstick et al, 2013). Primero, existen variaciones genéticas que modifican la producción de ciertos neurotransmisores. Segundo, existen variaciones estructurales y funcionales localizadas en el cerebro. Tercero, la presencia de maltrato y violencia intrafamiliar en la niñez juega un rol importante en el desarrollo de este trastorno. Además, haber sido víctima de alguna forma de abuso durante la infancia predispone las variaciones genéticas mencionadas antes. Entonces, cada uno de estos

factores puede explicar, en cierta medida, la aparición y mantenimiento de conducta antisocial, rasgos caracterológicos y funcionamiento cognitivo que define el TAP.

Los factores genéticos tienen una amplia y marcada influencia sobre el TAP; Ferguson et al mostró a través de un metaanálisis que dichos factores explican hasta un 56% de la varianza de la conducta antisocial, atribuyendo el restante a factores ambientales (Tielbeek, 2012). Inicialmente, uno de los genes atribuibles al desarrollo y mantenimiento del TAP es el gen MAOA o *monoamino oxidasa A*; en conjunto con un historial de maltrato en la infancia, este gen muestra un cambio polimórfico (Haberstick et al, 2013). Entonces, se ha hallado que una baja activación del genotipo MAOA se asocia a un mayor riesgo de cometer conducta antisocial en comparación con sujetos con una alta activación del gen MAOA (Caspi et al, 2002, en Haberstick, 2013). Por ejemplo, se ha relacionado este gen con uso de armas, violencia física y pertenencia a pandillas, entre otras conductas antisociales (Beaver, DeLisi, Vaughn & Barnes, 2010).

De igual manera, existen polimorfismos dopaminérgicos, serotoninérgicos y de enzimas degradadoras como el COMT y MAOA, que ya se ha detallado (Tielbeek, 2012). Algunos estudios han relacionado directamente conducta agresiva con variaciones en el funcionamiento serotoninérgico en el cerebro. Un polimorfismo del transportador de serotonina (5-HTTLPR) se ha asociado con conducta agresiva y violenta en diferentes contextos y diagnósticos (Douglas et al, 2011). Adicionalmente, se ha encontrado que una variación de la proteína sinapto-somal 25 (SNAP25), usualmente asociada a déficit de atención, está presente en adultos hombres diagnosticados con TAP (Glenn, Jhonson, & Raine, 2013). A esta variación, se le atribuyen cambios en el funcionamiento cognitivo y

rasgos como impulsividad, pero no rasgos antisociales (Glenn, Jhonson, & Raine, 2013). Así, se denota como algunas variaciones genéticas pueden explicar parte de este trastorno.

Como se mencionó antes, uno de los factores precipitantes para el desarrollo y mantenimiento del TAP es la presencia de maltrato durante la infancia (Glenn, Jhonson, & Raine, 2013; Haberstick et al, 2013). Este factor tiene una vasta influencia en la etiología de este trastorno: la presencia de maltrato activa la variación polimórfica de los genes mencionados con anterioridad. Además, existe el riesgo de heredar una carga genética que predisponga a la persona a desarrollar el trastorno si sus padres lo tuvieron (Barlow & Durand, 2013). De igual manera, observar a un padre ejercer alguna forma de maltrato sobre otras partes de este sistema familiar podría influir seriamente en el niño. Datos epidemiológicos sugieren que la observación de la violencia incrementa el riesgo de perpetrarla en una edad adulta (Roberts, Gilman, Fitzmaurice, Decker, & Koenen, 2010).

Así, tener padres con este trastorno o que muestren violencia genera la réplica de esta a través de un mecanismo de aprendizaje vicario. Además, el maltrato puede representar una experiencia traumática; este es un factor de riesgo para desarrollar un patrón estable en el tiempo de conductas disruptivas y otros problemas (Luntz & Spatz, 1995; Smith, Ireland, & Thornberry, 2005). Por ejemplo, se ha relacionado maltrato infantil con problemas de abuso de sustancias, conductas desafiantes, problemas con la ley y conducta violenta en la adultez joven (Smith, Ireland, & Thornberry, 2005). De esta manera, el maltrato ejerce una notoria y exhaustiva influencia sobre la persona y le predispone, por varios métodos, a desarrollar y mantener rasgos, conductas antisociales y en casos severos un TAP.

Adicionalmente, hay diferencias cerebrales en aquellas personas con este trastorno. Inicialmente, muestran una deficiencia en el funcionamiento de los lóbulos frontales subyace

tanto en psicopatía como TAP (Drislane, Vaidyanathan & Patrick, 2012), aunque en estos últimos hay una reducción significativa en la materia gris en el córtex prefrontal (Sundram et al, 2012). Los lóbulos frontales se encargan de muchas funciones ejecutivas, entre ellas la inhibición de conductas socialmente inapropiadas, entre ellas las conductas agresivas, planificación y otras.

En conjunto, se ha encontrado que aquellos con una baja actividad en el gen MAOA muestran una disminución en la capacidad de regulación del córtex prefrontal (Beaver, DeLisi, Vaughn, & Barnes, 2010). Por otro lado, Gregory y cols hallaron reducciones en el área anterior rostral del córtex prefrontal medial, área a la que se le atribuye el procesamiento reflexivo propio y del otro (2012). Esto podría explicar la dificultad para entender y atribuir estados emocionales y conductas propias y ajenas, lo que dificultaría la capacidad de empatía en estas personas.

Posteriormente, se ha hallado una deficiencia estructural y funcional en la amígdala en personas con TAP; esta área se encarga del procesamiento emocional que en este trastorno resulta deficiente (Sundram et al, 2012). Así, se explicaría de mejor manera la dificultad para comprender y atribuir estados emocionales ajenos reflejados en el rasgo de falta de empatía y falta de culpa notable en personas con TAP. Otros autores han encontrado que las personas con TAP priorizan el procesamiento de contenidos emocionales incluso cuando esto no es adaptativo y no se realiza de manera adecuada (Verona, Sprague & Sadeh, 2012). Esto es consistente con el hallazgo de que la amígdala se activa de una manera incrementada (Beaver, DeLisi, Vaughn, & Barnes, 2010), aunque tenga daños estructurales.

Consecuentemente, estas personas se muestran incapaces de ignorar material emocional cuando es requerido ejercer control inhibitorio (Verona, Sprague & Sadeh, 2012).

Este procesamiento se torna relevante añadiendo el concepto de urgencia negativa propuesto por Cyders y Smith. Este consiste en que las tendencias a actuar de manera impulsiva pueden ser activadas y exacerbadas por condiciones de emocionalidad negativa (Cyders & Smith, 2008; Verona, Sprague & Sadeh, 2012). Entonces, se entiende que las deficiencias en el procesamiento emocional activan, o al menos predisponen, la conducta impulsiva. Además, al ser incapaces de inhibir este procesamiento y de inhibición conductual debido a daños en el CPF (córtex prefrontal) se explica la presencia constante de conducta agresiva o violenta.

En adición, se ha encontrado malformaciones o alteraciones en ciertas áreas límbicas, además de la amígdala. Por ejemplo, algunos estudios muestran desconexión entre el área límbica y el área frontal (Craig et al, 2009) generando falta de control inhibitorio. Además, malformaciones o daños en el área septal resultan en conducta agresiva frecuente y falta de inhibición de las conductas en general tanto en animales como humanos (Raine, Lee, Yang & Colletti, 2010). Luego, Raine y cols han encontrado que daños durante el desarrollo del CSP, un componente del área septal se correlacionó con un mayor puntaje de evaluación de diagnóstico de TAP consistente en rasgos y conductas antisociales (2010). Esto explica una predisposición a acceder a conductas violentas como parte de un repertorio conductual estructuralmente predispuesto.

Finalmente, otros factores también juegan un papel importante. Entre ellos, la crianza, falta de un apego adecuado y falta de afiliación a conductas prosociales (Raine et al, 2010; Douglas et al, 2011). La presencia de maltrato, observar violencia intrafamiliar y la posibilidad de replicar la misma a través de un mecanismo de aprendizaje vicario también son factores relevantes. Adicionalmente, se ha mencionado con anterioridad varios aspectos del funcionamiento fisiológico y estructural del cerebro que pueden explicar algunos de los

rasgos más relevantes del TAP como la falta de empatía, procesamiento emocional negativo y presencia de conductas agresivas o violentas. De esta manera, se observa cómo diferentes factores juegan roles importantes dentro de este trastorno.

### **Tratamientos efectivos en TAP.**

Históricamente, los trastornos de personalidad se han conceptualizado como patrones disfuncionales crónicos e intratables, aunque la evidencia sugiere que se puede tratar y lograr mejoras sintomáticas en el tiempo (Matusiewicz et al, 2010). Ahora, el tratamiento adecuado requiere una aplicación específica y centrada en los ejes que caracterizan a cada trastorno. Por ejemplo, se ha observado que la terapia dialéctica conductual (TDC) ha sido efectiva al tratar el trastorno límite de la personalidad (Matusiewicz et al, 2010). Esta terapia busca, no únicamente, la transmisión de habilidades centradas en la regulación emocional, tolerancia del estrés, conciencia plena y efectividad interpersonal (Matusiewicz et al, 2010).

En continuación, estas habilidades son necesarias debido a la deficiencia estructural de las mismas. Entonces, se espera que la aplicación de una terapia psicológica siga este mismo ejemplo y pueda aplicarse sobre los ejes centrales del TAP. Bateman y Fonagy reconocen que el tratamiento de trastornos de personalidad requiere ser centrado y de largo plazo (2000). En este caso particular, se esperaría que la terapia psicológica sea efectiva para reducir la conducta agresiva. Por este motivo, será importante revisar las intervenciones psicológicas que han funcionado sobre los diferentes rasgos y conductas que aparecen en el TAP siempre enfatizando la conducta agresiva.

Inicialmente, la aplicación de técnicas conductuales, aprendizaje de habilidades sociales y de resolución de problemas han demostrado ser adecuadas en casos de ofensores violentos (McGuire, 2008). No obstante, este no es el mismo caso para ofensores con un

diagnóstico de TAP. Davidson y cols. realizaron un estudio exploratorio aplicando tratamiento cognitivo conductual a hombres con conducta agresiva y diagnóstico de TAP. Estos autores no encontraron diferencias significativas posteriores al tratamiento en un período de seguimiento de 12 meses (Davidson et al, 2009). No obstante, encontraron variaciones y tendencias de mejora en medidas como funcionamiento social, menor consumo peligroso de alcohol y creencias positivas propias y ajenas (Davidson et al, 2009a; Davidson et al, 2009b). Esto demuestra la necesidad de diseñar un tratamiento específico a este problema.

Adicionalmente, el tratamiento comunitario en diagnósticos duales o comórbidos (TAP + abuso de sustancias) ha logrado reducir el consumo de sustancias y la ratio de recaída en conducta criminal en hombres con TAP (Frisman et al, 2009). De la misma manera, la aplicación de una comunidad terapéutica modificada (MTC por sus siglas en inglés) mostró ser efectiva al tratar TAP en cuanto a ratio de recaída (Wilson, 2014). Este tratamiento incluía componentes cognitivos conductuales, psicoeducación y medicación. No obstante, es necesario mencionar que Wilson realizó un metaanálisis sobre los hallazgos previamente mencionados y se notó que los cambios son ligeramente superiores al compararse con los grupos de control y en algunos casos no había diferencia significativa (2014).

Por otro lado, existe la terapia enfocada en la mentalización definida como la capacidad de atribuir explicaciones e interpretar adecuadamente los actos propios y ajenos en función de los procesos subyacentes internos (McGauley, Yakeley, Williams, & Bateman, 2011). Esta terapia combina aspectos conductuales, psicodinámicos, relacionales, del apego y se enfocan fuertemente en el desarrollo de la capacidad de mentalización para generar cambios (Bateman, O'Connell, Lorenzini, Gardner, & Fonagy, 2016). En este caso, algunos



autores han encontrado que la aplicación de tratamiento basado en la mentalización (MBT por sus siglas en inglés) puede resultar efectivo en el tratamiento de TAP.

Por ejemplo, Bateman y cols aplicaron MBT en una muestra de personas con diagnóstico comórbido de trastorno límite junto a TAP logrando cambios sobre la emocionalidad negativa, funcionamiento interpersonal y ajuste social (2016). Esto es particularmente importante considerando que los estados emocionales negativos preceden la conducta impulsiva y agresiva en personas con TAP; no obstante, queda pendiente revisar la aplicación de MBT sobre una muestra única de personas con TAP sin diagnósticos comórbidos.

En otra línea de tratamiento, Hirose reportó el tratamiento de un caso particular en el que usó risperidona para reducir la conducta violenta en una persona con diagnóstico de TAP confirmado (2001). De igual manera, Brown y cols. han encontrado que la Clozapina demostró ser efectiva al generar reducción sintomática en conducta agresiva, como en otros dominios, en una muestra de siete personas diagnosticadas con TAP y psicopatía (2014). Esto refleja la capacidad de reducción y respuesta al tratamiento farmacológico que puede ser un coadyuvante al tratamiento psicológico para el TAP.

Finalmente, se ha demostrado cómo algunas líneas de tratamiento como la terapia conductual, terapia comunitaria, terapia basada en la mentalización e inclusive terapia farmacológica pueden generar cambios en un diagnóstico de difícil tratamiento. Aunque los cambios no son significativos, indican tendencias sobre las cuales desarrollar tratamientos adecuados y centrados en el TAP. Por ejemplo, Gibbon et al encontraron una gran dificultad por parte de varios tipos de intervenciones psicológicas para tratar conjuntamente varios aspectos nucleares del TAP como (rompimiento de reglas), conducta violenta, probabilidad

de volver a ofender, entre otros (2010). Esto refleja la dificultad actual para desarrollar investigación de calidad y tratamientos efectivos sobre este diagnóstico y su presentación. En conclusión, es importante reconocer que se pueden dar cambios sobre esta población. No obstante, es importante definir de mejor manera las condiciones adecuadas que exacerben este proceso de cambio (Wilson, 2014).

### **Terapia Dialéctica Conductual, una breve impresión.**

La terapia dialéctica conductual (TDC) fue creada por Marsha Linehan dirigida a partir de su experiencia con el trastorno límite de la personalidad. Esta es una variación de la terapia cognitivo conductual que nace debido a la necesidad de tratar efectivamente conductas auto lesivas, conductas suicidas, entre otros aspectos, en esta población (Dobson & Dozois, 2019). Esta variación (TDC) demostró ser muy efectiva al ayudar a esta población a manejar sus emociones (McKay, Jeffrey, & Jeffrey, 2010). Así, esta terapia fue diseñada específicamente para una población particular sobre la cual ha demostrado eficacia.

De manera breve, el núcleo que compone a este desorden, como se expresa en esta terapia, consiste en la desregulación expresada en varios dominios. A raíz de esta desregulación, de la que se hablará en detalle posteriormente, surge la presentación clínica del trastorno límite de la personalidad (Dobson & Dozois, 2019). Entonces, los diferentes componentes de esta terapia se centran en el trabajo con este núcleo de desregulación. Así, Marsha Linehan ha logrado desarrollar un tratamiento que se ha demostrado efectivo (Neacsiu, Rizvi, & Linehan, 2010; Bass, van Nevel, & Swart, 2014; Dobson & Dozois, 2019) considerando que se consideraba difícil y en su tiempo no tenía suficiente atención clínica.

Ahora, esta terapia entiende a las personas con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) como personas vulnerables que en un contexto invalidante desarrollan un problema crónico de desregulación emocional (Crowell, Beauchaine, & Linehan, 2009, en Frazier & Vela, 2014). Esta desregulación es entendida por los autores como el núcleo de la TDC y se manifiesta en diferentes dominios que reflejan la presentación clínica del TLP. Primero, existe la desregulación emocional que consiste en la ciclación rápida de estados emocionales vivenciados de manera intensa, mismos que se busca regular desesperadamente (Dobson & Dozois, 2019). Segundo, la desregulación interpersonal refleja las relaciones interpersonales caóticas, intensas, variantes e inestables presentes en este desorden (American Psychological association, 2014; Dobson & Dozois, 2019).

Tercero, existe una desregulación del yo (self) reflejado en un problema para definir adecuadamente la identidad y una presentación caótica de la misma. Cuarto, hay desregulación conductual a la que se atribuyen las conductas des adaptativas como agredir a otros, robar cosas, consumir sustancias y conducta sexual riesgosa. Finalmente, está la desregulación cognitiva, misma que refleja un funcionamiento de tipo cognitivo alterado durante etapas de estrés; este se puede reflejar en estados de disociación o paranoia (Dobson & Dozois, 2019).

En continuación, se considera que muchas de las conductas desreguladas mostradas en este desorden obedecen una necesidad de regulación emocional desesperada; los otros dominios siguen esta misma lógica. Por lo tanto, esta terapia responde con diferentes instancias que permiten y sostienen el cambio de algunos de los rasgos problemáticos de esta presentación. Entonces, la TDC usa el concepto de dialéctica que consiste en la suma de algunas asunciones, permitiendo mayor flexibilidad cognitiva.

Entre ellas, están que la realidad es holística e interrelacionada, compleja y polarizada y que el cambio es inevitable, continuo y transaccional (Koerner, 2012; Bass, Van Nevel, & Swart, 2014). Estas asunciones permiten tener un centro desde el cual trabajar.

Adicionalmente, es necesario enfatizar cómo la estancia dialéctica se extiende a otros principios de la TDC. Por ejemplo, se asume una completa posición de validación del paciente, considerando el contexto de invalidación del que proviene, pero al mismo tiempo se le empuja al cambio (Linehan, Schmidt, Dimeff, Craft, Kanter, Comtois, 1999).

Así, a través del diálogo se usa técnicas comunicativas recíprocas e irreverentes (DeCou, Comtois, & Landes, 2019). Las primeras están caracterizadas por la validación y las segundas por una forma de discurso invalidante que lidia con la resistencia al cambio. Adicionalmente, se debe considerar que la TDC tiene cinco grupos de estrategias usadas en diferentes modalidades: estrategias dialécticas, nucleares, estándar cognitivo conductuales, de la comunicación y de manejo de caso (DeCou, Comtois, & Landes, 2019). Estas se despliegan en modalidad individual, entrenamiento grupal de habilidades, coaching fuera de sesión y consulta del equipo terapéutico (Koerner, 2012; DeCou, Comtois, & Landes, 2019).

Ahora, uno de los componentes principales de esta terapia es la transmisión de habilidades para el funcionamiento adaptativo. Como se ha mencionado antes, se asume que una de las razones por las cuales la desregulación se mantiene es por la falta de habilidades adecuadas (Bass, van Nevel, & Swart, 2014). Estas técnicas serán revisadas brevemente a continuación y se dividen en cuatro componentes centrales de la TDC: conciencia plena (*mindfulness*), efectividad interpersonal, regulación emocional y tolerancia al estrés.

### ***Conciencia plena.***

Inicialmente, Kabat-Zinn describió la conciencia plena como la capacidad de poner atención de manera voluntaria en el momento presente y sin juzgar (Aguirre & Galen, 2013); Linehan le agrega a esta definición la característica de no apegarse al momento (2015). Entonces, se puede definir la conciencia plena como el ejercicio activo en que se dirige la atención al momento presente sin juzgarlo. Esta última parte de la definición se vincula estrechamente con la aceptación (Van Dijk, 2012). Este acto trae varios beneficios: mayor control sobre la conducta y emociones, regulación emocional y relajación (Van Dijk, 2012). Estos se logran al ejercer control cognitivo sobre la atención y al permitir a la persona distanciar sus reacciones emocionales y conductuales de estímulos que experimentan día a día.

Para Marsha Linehan, el “*qué*” de la conciencia plena puede lograrse a través de la observación, descripción y participación. Esto consiste en observar reacciones y conductas presentes, describir exhaustivamente el momento a través del lenguaje e involucrarse por completo en las actividades presentes sin distanciarse psicológicamente (Linehan, 2015). El “*cómo*” requiere una actitud de no juzgar (*nonjudgmentally*), ser efectivos (*effectively*) y poner atención completa (*one-mindfully*) (Linehan, 2015). El método para lograr esta habilidad es la observación atenta de procesos internos (Aguirre & Galen, 2013). Además, se tiene a la mente sabia como otra práctica central; esta se define como la capacidad de acceder a la sabiduría interna de la persona (Linehan, 2015). Esto se logra al separar la mente emocional de la racional y tomar lo mejor de los dos: la mente sabia que permite el mejor curso de acción.

***Efectividad interpersonal.***

Una de las mayores dificultades que ocurre en el TLP es el funcionamiento interpersonal caótico e inestable (American Psychological Association, 2014). Así, la TDC propone la efectividad interpersonal como uno de sus componentes centrales para resolver esta dificultad. Este conjunto de habilidades se centra en el respeto propio, logro de objetivos propios, mantenimiento y creación de relaciones interpersonales (Linehan, 2015). Se enseña negociación, validación, empatía y otras habilidades nucleares que sostienen un funcionamiento interpersonal adecuado. Esto se logra a través de varios lineamientos organizados a través de diferentes acrónimos como *DEAR MAN*, *GIVE* y *FAST* en los cuales se provee información sobre cómo actuar efectivamente en tres contextos. Estos contextos son de respeto propio, relaciones interpersonales y logro de objetivos (Linehan, 2015).

Adicionalmente, se diferencia entre estilos de comunicación agresivos, pasivo-agresivos y asertivos (Van Dijk, 2012), teniendo como preferencia los últimos. Además, también se añade algunas de conciencia plena. La justificación para esto es que la conciencia plena permite un mejor relacionamiento interpersonal al generar distancia entre la persona y sus reacciones interpersonales. Así, se espera lograr un mejor funcionamiento interpersonal en que la persona sea capaz de respetarse a sí misma y a otros al mismo tiempo que puede crear, mantener e inclusive terminar relaciones de manera adecuada.

***Regulación emocional.***

Como se ha mencionado antes, el constructo de TLP contiene dos elementos claves: alta respuesta emocional marcada por alta sensibilidad a estímulos emocionales y emociones intensas en conjunto con una dificultad marcada para regular el afecto negativo (Goodman et al, 2014). Entonces, uno de los módulos de la TDC consiste en enseñar habilidades que permitan a la persona lograr una modulación adecuada del afecto negativo, considerando que

este puede ser un precursor de conducta mal adaptativa. Ahora, las habilidades de regulación emocional son divididas en cuatro grupos principales: entender y nombrar emociones, cambiar emociones no deseadas, reducir la vulnerabilidad a la mente emocional y manejar emociones extremas (Linehan, 2015). El primer grupo consiste en la capacidad de observar emociones internas, entender sus funciones y consecuencias conductuales (Linehan, 2015).

Así, esto permite a la persona ganar mayor entendimiento de sus estados internos antes de poder operar sobre los mismos. El segundo grupo busca cambiar emociones no deseadas a través de habilidades de resolución de problemas, acción opuesta (Linehan, 2015) y una forma breve, auto aplicable, de reestructuración cognitiva. Después, para reducir la vulnerabilidad, se dan varios lineamientos enfocados en el cuidado corporal y el dominio sobre el proceso de regulación emocional. Finalmente, para manejar emociones extremas se enseñan y practican habilidades de conciencia plena y en el reconocimiento de que en un “punto de quiebre” es necesario pasar a habilidades de tolerancia al distrés.

### ***Tolerancia al distrés.***

Estas habilidades están dirigidas principalmente para ayudar a que las personas puedan sobrevivir crisis intensas, mismas que se caracterizan por conductas autodestructivas o mal adaptativas en general (Van Dijk, 2012). Adicionalmente, estas crisis se caracterizan por estados emocionales muy intensos y sensaciones de dolor o distrés que generan mucha incomodidad en la persona. Por este motivo, Linehan menciona que es vital aprender a aceptar y tolerar las mismas (2015) de manera que se puede sobrevivir a ellas. Esta autora describe dos grupos principales de habilidades: aquellas destinadas a la supervivencia de las crisis y aquellas de aceptación de la realidad.

El primer grupo consiste en habilidades para detener impulsos y urgencias, análisis de costo y beneficio, habilidades para la auto-regulación (*self-soothing*) y otras dedicadas para cambiar la calidad del momento (Linehan, 2015). Estas procuran generar distancia entre la urgencia e impulso y la reacción emocional asociada a una conducta problemática. Luego, se les añade conciencia plena para fortalecer el control de la persona sobre su funcionamiento mental. Finalmente, el segundo grupo consiste en aceptación radical (*radical acceptance*), girar la mente (*turning the mind*), complacencia o voluntad (*willingness*) y conciencia plena de pensamientos actuales (Linehan, 2015). Estas son ejercicios actitudinales en los cuales se acepta la experiencia y se busca estar presente en la misma, a pesar del dolor. Así, se espera manejar crisis de mejor manera: se entregan habilidades para generar distancia en la persona y se complementan con una actitud de aceptación y tolerancia.

## **Diseño y metodología**

### **Diseño.**

Para este estudio se consideró un diseño experimental aleatorizado. Así, se espera disponer de un grupo experimental al que se aplicarán TDC dos veces a la semana durante 24 semanas (6 meses) aproximadamente. El grupo control consistirá en personas en lista de espera para tratamiento o ausencia de este. Así, la variable independiente será la presencia o ausencia de tratamiento siguiendo un enfoque dialéctico conductual. Es importante disponer de los participantes de manera aleatoria para reducir la presencia de variables que podrían confundir los efectos observados después de la aplicación de la intervención y en el análisis de datos.

En continuación, la principal variable dependiente considerada para este estudio es la agresión manifestada de forma verbal, física, hostilidad y otras. Esta variable será medida a



través de la escala de agresión AQ. Además, se considerarán la impulsividad y emocionalidad negativa como variables dependientes adicionales. Estas serán medidas con las escalas de impulsividad (BIS-11) y de estado emocional negativo (STAXI-II). Así, se espera medir diferencias antes y después de la aplicación de TDC en el grupo control considerando las mismas variables dependientes mencionadas antes: agresividad, impulsividad y estado afectivo negativo. De esta manera, se espera poder cumplir con el objetivo de medir cómo y hasta qué punto la TDC puede reducir la agresividad en personas con TAP en conjunto con los objetivos secundarios mencionados.

### **Población.**

Inicialmente, se espera aplicar TDC sobre personas de mediana edad con un diagnóstico de TAP. Las características demográficas principales de este estudio son el sexo y la edad. Entonces, se buscarán hombres con un diagnóstico de TAP y de una edad entre 40 y 55 años. Se espera que la muestra sea de al menos 350 participantes. Adicionalmente, no se considerará el estatus socioeconómico, estado marital, ocupación previa, u otras variables demográficas, pero sí el nivel de lectura de los participantes. Se ha designado esto puesto que mucho del tratamiento dialéctico conductual se maneja a través de hojas de trabajo (*worksheets*) que presuponen y requieren la capacidad adecuada de lectura del paciente. Finalmente, se considerarán aquellos participantes que se encuentren en el Centro de Detención Provisional de El Inca, situado en la ciudad de Quito, provincia de Pichincha.

A continuación, se considerarán las siguientes características como criterios de inclusión:

- Cumplir con las características demográficas descritas previamente respecto a edad.

- Estar ingresado en el centro de detención de El Inca en la ciudad de Quito por crímenes que involucren alguna forma de agresión o violencia considerable.
- Estar en un internamiento cuya duración permita la aplicación completa de toda la intervención. Entonces, se seleccionarán a personas cuyo internamiento dure por lo mínimo 7 meses, para asegurar los 6 meses de aplicación de la intervención.
- Cumplir con los criterios diagnósticos del TAP según el DSM 5, mismos que han sido explicitados en el marco teórico de esta propuesta y serían medidos a través de una entrevista clínica estructurada (SCID-II).
- Tener un nivel de lectura adecuado, de al menos 12 años, para entender el material que compone la intervención psicológica de la TDC.
- Completar las sesiones de tratamiento de manera adecuada y en su totalidad.

Ahora, los criterios de exclusión para este estudio son los siguientes:

- Superar un puntaje de 25 en el PCL-R de Hare puesto que esto representaría la presencia de TAP + Psicopatía (Gregory et al, 2012), reflejando un desorden mucho más severo y proclive a recibir otras intervenciones.
- Presentar un historial psiquiátrico con otros trastornos comórbidos o pasados. Por ejemplo, abuso de sustancias, desordenes anímicos, desordenes psicóticos y otros.
- Mostrar un historial médico de problemas neurológicos, problemas sensoriales o de la percepción y trauma craneal significativo. Estas características podrías influir significativamente en la conducta agresiva. Por lo tanto, la presencia de estas características conllevaría la exclusión de este estudio.
- Tener un internamiento cuya duración sea menor a la de la aplicación del tratamiento.

- Tener un nivel de lectura menor al de 12 años.

Finalmente, estas características componen la población sobre la cual se espera trabajar aplicando TDC con el objetivo de reducir la conducta agresiva manifestada de diferentes maneras.

### **Instrumentos o materiales.**

Los materiales necesarios para la aplicación de esta investigación se despliegan de la siguiente manera. Primero, se necesitarían al menos tres psicólogos clínicos con amplia experiencia en tratamiento de trastornos de personalidad y entrenados en TDC dispuestos a trabajar por un período de tiempo de entre seis y siete meses durante la aplicación. Como parte de la aplicación, la TDC se caracteriza por el uso de hojas de trabajo y otros materiales similares. Entonces, es vital adquirir los manuales de tratamiento de los cuales se pueden obtener tanto los lineamientos prácticos como las hojas de trabajo. Finalmente, se requerirían varios instrumentos psicométricos para el proceso de recolección y análisis de datos. Entre ellos están el SCID-II y el PCL-R para la entrevista inicial mientras que el AQ, BIS y STAXI-II se aplicarían de manera previa y posterior a la aplicación de tratamiento.

### ***Entrevista Clínica Estructurada para los desórdenes del eje 2 del DSM-IV (SCID-II).***

Actualmente, se considera que uno de los instrumentos estándar para la evaluación clínica de desórdenes de personalidad es el SCID (Lobbestael, Leurgans, & Arntz, 2011). Este consiste en una entrevista estructurada sobre los diferentes desórdenes de la personalidad anexados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales IV (DSM-IV). Esta entrevista permite la evaluación de rasgos de personalidad presentados como síntomas característicos de un diagnóstico particular y así la evaluación diagnóstica. Ahora,

este instrumento ha sido sometido a pruebas por varios autores y desde versiones anteriores, demostrando validez como confiabilidad. Por ejemplo, se ha reportado valores kappa de 0.87 y 0.84 para TLP y TAP respectivamente al realizar una prueba *test-retest* del SCID-II (First, Spitzer, Gibbon, Williams, Davies, Borus, Howes, Kane, Pope, & Rounsaville, 1995).

Así mismo, Arntz y colaboradores han encontrado una confiabilidad general de 0.80 para todos los diagnósticos de personalidad luego de una prueba *test-retest* (First et al, 1995). Adicionalmente, este instrumento tiene una confiabilidad entre evaluadores en un rango de 0.77 a 0.94 (Lobbestael, Leurgan,s & Arntz, 2011). Finalmente, Ryder, Costa y Bagby determinan que este instrumento muestra validez convergente pero no divergente (2007); esto se debería a la ocurrencia comórbida de rasgos de personalidad entre trastornos. Esto justifica el uso de esta evaluación como parte del proceso de selección de los participantes; considerando que no se usará para medidas posteriores, no se anexará este instrumento.

***Escala de Psicopatía Revisada de Hare (Psychopathy Checklist Revised- PCL-R).***

Este instrumento consiste en una entrevista semiestructurada que permite determinar la presencia de rasgos antisociales y psicopáticos en la persona distribuidos a lo largo de 20 ítems (Medina, Valdés, Galán, Vergara, & Couso, 2013) aunque originalmente eran 22 ítems (Brazil & Forth, 2016). Estos ítems se han mencionado previamente en el marco teórico en la tabla 1. Ahora, estos pueden ser puntuados del 0 al 2 siendo 0 ausencia del rasgo y 2 presencia; en los casos en que no existe información adecuada para corroborar la completa presencia, se puntúa 1. Así mismo, esta escala tiene un punto de corte de 30 puntos de un total de 40 puntos, este punto de corte indica psicopatía (Medina et al, 2013).

Ahora, este instrumento requiere la aplicación de la entrevista por al menos una hora y requiere que se acceda a los datos institucionales de la persona de manera que se tenga

adecuada información para un diagnóstico (Brazil & Forth, 2016). Finalmente, en estudios sobre una muestra cubana, se halló una confiabilidad del 0.91, replicando los hallazgos por otros estudios (Medina et al, 2016). Así mismo, León, Asún & Folino han encontrado una alta confiabilidad (0.91) al aplicar el PCL-R en una muestra chilena (2010). Estos autores, aplicaron un análisis factorial para demostrar la validez de este instrumento alcanzando validez discriminante (León, Asún, & Folino, 2010). Entonces, la aplicación de este instrumento en este contexto queda justificada; de igual manera, al ser parte de la entrevista para selección de participantes no se anexará el instrumento.

***Cuestionario de Agresión de Buss & Perry (Agression Questionnaire –AQ).***

El cuestionario de agresividad de Buss y Perry surge de la necesidad de mejorar el “Hostility Inventory” de Buss y Durkee (Castrillón, Ortiz, & Vieco, 2004; Sierra & Quintanilla, 2007). Este instrumento consta de 29 ítems agrupados en cuatro factores: “*agresión física, agresión verbal, ira y hostilidad*” (Buss & Perry, 1992 en Sierra & Quintanilla, 2007). Inclusive, existe una versión reducida con menos ítems, aunque muestra menor consistencia interna en comparación con la versión completa (Reyna, Lello, Sánchez & Brussino, 2011). Actualmente, estos factores han sido replicados a través de varias investigaciones (Sierra & Quintanilla, 2007). En continuación, este instrumento usa una escala de tipo Likert con un rango de cinco puntos para posicionar las respuestas.

Inicialmente, este instrumento contaba con una consistencia general de 0.88 y de entre 0.72 y 0.86 en función de la escala que se considere (Sierra y Quintanilla). Para confirmar la validez de este instrumento, Sierra y Quintanilla utilizaron una muestra de estudiantes a la que aplicaron el AQ y el STAXI-II, una medida de expresión de ira. En esta investigación, se encontraron correlaciones positivas significativas entre AQ y STAXI-II demostrando la

validez del instrumento (Sierra & Quintanilla, 2007). Así mismo, Castrillón, Ortiz y Vieco mencionan que este instrumento muestra validez de contenido, constructo y confirman la confiabilidad interna y de *test-retest* de la prueba (2004).

De igual manera, Andreu, Peña y Graña confirman la validez de este instrumento a través de un análisis factorial, replicando los cuatro factores mencionados inicialmente (2002). Adicionalmente, este instrumento se ha aplicado y validado en varios países de diferentes continentes, entre ellos países latinos, demostrando su calidad para medir un fenómeno común a las culturas: la agresividad. Finalmente, este cuestionario demuestra su utilidad clínica al ser capaz de diferenciar entre muestras violentas y no violentas y entre personas delincuentes y no delincuentes (Buss & Perry, 1992). Entonces, la aplicación de este inventario en este estudio queda justificada, considerando la confiabilidad interna y validez de este instrumento.

***Inventario de Estado-Rasgo de Expresión de la ira de Spielberger (State-Trait Anger Expression Inventory – STAXI-II).***

Este instrumento se diseñó para evaluar la experiencia, expresión y control de la ira y tuvo un desarrollo continuo hasta llegar a la versión STAXI-II que contiene 49 ítems (García, Guerra, Cano, Herrera, Flores, & Medrano, 2018). Este mide la ira en dos dimensiones: rasgo y estado; además, mide cursos de acción que le siguen: expresión, supresión y control de la ira (García et al, 2018). Ahora, Spielberger diferencia el estado como una respuesta emocional de ira natural a la situación y el rasgo como la presencia de una respuesta de ira y frustración a muchas situaciones diferentes, representando una cuestión más caracterológica y asociada al temperamento de la persona (García et al, 2018). Además, define las direcciones como ira expresada hacia otros, expresada hacia uno mismo y la supresión como control, interno y externo, sobre esta emoción (García et al, 2018).

Entonces, este instrumento cuenta con un índice general de expresión de ira, seis escalas generales y cinco subescalas. Las escalas son:

- Ira-Estado, dividida en tres subescalas (expresión verbal, expresión física y sentimiento).
- Ira-Rasgo dividida en dos subescalas (temperamento y reacción).
- Expresión Interna de Ira
- Expresión Externa de Ira
- Control Interno de ira
- Control Externo de Ira.

Ahora, este instrumento utiliza una escala Likert de 4 puntos para determinar la posición de la persona en cuanto a los diversos factores ya mencionados (García, Lara, & Albarracín, 2016). Además, la confiabilidad interna revisada es de entre 0.82 y 0.93 para la escala completa (García et al, 2018). Adicionalmente, tiene una confiabilidad *test-retest* adecuada (0.71) (Oliva, Hernández, & Calleja, 2010). Este instrumento muestra validez interna al realizar un análisis de factores en el que se ven correlacionados significativamente (García et al, 2018). De igual manera, García, Lara y Albarracín determinan la validez del instrumento a través de lograr significancia estadística en su análisis factorial, alcanzando ocho factores de su muestra (2016). Finalmente, se comprueba que este instrumento es adecuado para discriminar entre poblaciones de maltratadores y no maltratadores (Barría, 2015), reflejando su capacidad para medir la expresión externa de ira.

***Escala de Impulsividad de Barratt (Barratt's Impulsivity Scale – BIS-11).***

Este instrumento consiste en una escala de auto reporte, de tipo Likert, de cuatro puntos y en la que se evalúa el constructo de impulsividad expresado como conducta o rasgo

de personalidad (Stanford, Mathias, Dougherty, Lake, Anderson, & Patton, 2009). Este instrumento tiene 30 ítems y tres subescalas importantes: impulsividad cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planeada (Salvo & Castro, 2013). Además, esta versión del BIS considera seis factores: atención, motor, auto-control, complejidad cognitiva, perseverancia e inestabilidad cognitiva (Stanford, Mathias, Dougherty, Lake, Anderson, & Patton, 2009). El puntaje total proviene de una sumatoria de los puntajes previos de las subescalas. Si bien Salvo y Castro mencionan que no hay un punto de corte (2013), esta prueba ha demostrado ser eficaz para medir el constructo impulsividad en diferentes contextos y culturas.

En continuación, esta prueba muestra una buena confiabilidad general entre 0.77 y 0.79 (Fossati, Di Ceglie, Acquarini & Barratt, 2001; Salvo & Castro, 2013). Además, después de una prueba *test-retest* de dos meses se alcanzó una confiabilidad de 0.89 (Fossati, Di Ceglie, Acquarini & Barratt, 2001). Además, esta prueba muestra validez convergente al lograr correlaciones significativas entre pruebas que miden el mismo constructo (Stanford, Mathias, Dougherty, Lake, Anderson, & Patton, 2009). En general, esta prueba ha demostrado ser válida (Fossati, Di Ceglie, Acquarini & Barratt, 2001; Stanford, Mathias, Dougherty, Lake, Anderson, & Patton, 2009; Salvo & Castro, 2013). Adicionalmente, se ha traducido a once idiomas, entre ellos el español y su confiabilidad entre las diferentes traducciones tiene un rango aceptable de 0.71 a 0.83 (Stanford, Mathias, Dougherty, Lake, Anderson, & Patton, 2009). Por lo tanto, esta prueba se considera útil al momento de realizar una medición de la impulsividad a lo largo de diferentes culturas.

#### **Procedimiento de recolección de datos.**



Inicialmente, se realizaría un contacto con los directores del Centro de Detención Provisional de El Inca para poder acceder a los permisos adecuados para la intervención que tomaría lugar en sus instalaciones. Luego, se procedería a realizar un proceso de comunicación interna para que los internos de este centro puedan acceder a participar del estudio. Después, se realizarían entrevistas de selección en las cuales se aplicarían los instrumentos de nivel de lectura y diagnóstico de TAP mencionados en la sección previa. Así mismo, se revisaría el historial de estas personas, con el debido permiso, para poder corroborar los criterios de inclusión como la presencia de conducta agresiva de cualquier tipo.

En continuación, se proveería al participante el consentimiento informado explicando a mayor detalle lo que conlleva su participación, criterios de confidencialidad y otras características importantes del estudio. Finalmente, se aplicarían los instrumentos de medición para agresión, impulsividad y afecto emocional negativo, de manera que se tenga una medida inicial sobre la cual comparar posteriormente. Una vez cumplido el proceso de selección, se asignarían los participantes de manera aleatoria al grupo control y grupo experimental. Una vez asignados los grupos, se procedería a llevar a cabo la aplicación de TDC en el grupo experimental, mientras que en el grupo control no se aplicaría TDC puesto que es un grupo de espera o ausencia del tratamiento.

Como se ha mencionado antes, la aplicación de TDC ocurriría en las instalaciones del centro de detención, respetando el proceso de condena que tienen los internos. El programa de intervención psicológica tendría una duración total de 24 semanas y una frecuencia de aplicación de dos veces por semana. Al finalizar este período de tiempo, se reaplicarían las medidas dedicadas a la agresión, impulsividad y afecto negativo sobre el grupo experimental.

De igual manera, se realizaría esto con el grupo control, para el cual habría que realizar otro contacto previo puesto que no han recibido tratamiento. De manera colectiva, una vez que termine la aplicación de los instrumentos necesarios, posterior a la intervención psicológica, se terminaría el proceso de recogida de datos.

### **Análisis de los datos**

Considerando la naturaleza experimental de este estudio, se realizarán los siguientes análisis estadísticos. Primero, se realizará un MANOVA uni-variado para determinar la influencia de la variable dependiente de dos niveles (TDC versus ausencia de tratamiento) sobre las variables independientes en una medida posterior a la aplicación (agresión, impulsividad, afecto negativo). Este análisis es adecuado puesto que las variables dependientes se encuentran relacionadas (Carey, 1998). Como se ha mencionado en el marco teórico, el afecto negativo precede a la conducta impulsiva y la conducta agresiva en personas con TAP. Entonces, este análisis permitiría la revisión del efecto de la variable independiente (Terapia) sobre las diferentes variables independientes después de la aplicación.

Posteriormente, es necesario realizar una prueba estadística adicional puesto que una de las limitaciones del MANOVA es que no puede definir adecuadamente las diferencias entre grupos en cuanto a variables dependientes (Carey, 1998). Entonces, es necesario determinar mediante un análisis ANOVA uni-variado e intra sujetos si existe diferencia en cuanto a la variable agresión. Así, se observaría el efecto de la variable independiente (Terapia) sobre la variable dependiente (Agresión) al comparar los valores de esta última antes y después de la intervención. Adicionalmente, se aplicaría la prueba post hoc de Bonferroni con este mismo motivo. De esta manera, se determinaría si efectivamente la aplicación de TDC estaría generando un efecto significativo sobre la agresión en personas

con TAP. Finalmente, el valor  $p$  que determinará la significancia en estos análisis será de 0.05 puesto que es una medida usada universalmente.

### **Consideraciones éticas**

Inicialmente, se pretende que este estudio sea ético. Para este propósito, el mismo será enviado al Comité de Ética de la Universidad San Francisco de Quito para ser aprobado. Una vez que esto ocurra, se considerará la confidencialidad de los participantes en este estudio. De esta manera, esto se realizará a través de un consentimiento informado que recoja la mayoría de información sobre el estudio, misma que permitirá que los participantes tomen una decisión informada sobre el mismo. Este consentimiento informado se encuentra en los anexos de este trabajo. La participación en este estudio es voluntaria y no existen consecuencias negativas para quienes decidan retirarse durante la aplicación del mismo.

Ahora, se pretende reducir cualquier efecto negativo de la participación en este estudio mediante el anonimato que asegura la confidencialidad de los datos recogidos en el mismo. Todos estos datos serán recogidos y manejados con absoluta precaución y no se requerirán identidades para la participación. Por otro lado, los beneficios de la participación exceden los posibles efectos negativos; la aplicación de este tratamiento podría mejorar la capacidad de funcionamiento de la persona y así favorecer su reinserción en la sociedad. Finalmente, estas fueron las principales consideraciones éticas para esta propuesta.

### **Discusión**

#### **Fortalezas y limitaciones de la propuesta.**

Inicialmente, las fortalezas de la propuesta son varias: esta propuesta tiene la iniciativa de aplicar un tratamiento que ha sido demostrado efectivo para tratar algunas dificultades psicológicas, entre ellas el TLP. El diseño experimental, aleatorizado y

controlado del estudio es plenamente adecuado para cumplir el objetivo principal y generar más información sobre tratamiento clínico para este desorden. Así mismo, se han seleccionado varios instrumentos de medición adecuados que permitirían un análisis rico de la situación terapéutica a estudiar. Además, este estudio supliría una necesidad actual por generar mayor investigación clínica sobre este trastorno; en general, no existe suficiente investigación sobre aplicación de intervenciones psicológicas.

Así mismo, las investigaciones existentes, cuya cantidad es limitada, muestran algunas debilidades metodológicas. Por ejemplo, algunos estudios se aplican sobre muestras con trastornos comórbidos como TLP y TAP o TAP y abuso de sustancias. Adicionalmente, las muestras tomadas tienden a carecer de representatividad salvo algunas excepciones. Entonces, este estudio pretende suplir esta deficiencia al realizar la aplicación de TDC sobre TAP y aportar mayores conocimientos sobre las direcciones que se podría dar al tratamiento psicológico. Esto es de vital importancia considerando la situación global actual; la violencia y agresión representan problemas prioritarios a nivel social, en individuos con o sin TAP y en cuanto a víctimas.

En continuación, uno de los objetivos secundarios consiste en delimitar qué aspectos de la TDC podrían resultar particularmente eficaces para tratar el TAP para poder suplir la necesidad mencionada previamente. Si bien esta propuesta no puede proveer respuestas a dicha pregunta debido a su naturaleza limitada, esto podría considerarse una fortaleza al momento de aplicar la intervención. Así, se podría delinear un tratamiento de TDC Modificado que se aplique únicamente a poblaciones y muestras de personas con TAP. Además, una de las fortalezas de este estudio es el tamaño de la muestra; luego de realizar un

cálculo para esta, se denotó que los resultados serían representativos si se ejecutara la aplicación.

Adicionalmente, el rango de edad seleccionado puede representa una ventaja y una desventaja en este estudio. Como se ha mencionado antes, personas de edad media podrían mostrar resistencia al tratamiento. No obstante, esto permitiría observar la efectividad de esta aplicación para cambiar patrones de funcionamiento establecidos por años o décadas.

Finalmente, este estudio consideró la importancia del efecto de la emocionalidad o afecto negativo sobre la impulsividad y de estos sobre la agresividad. Estos factores se consideran relevantes en tanto que intervenciones aplicadas directamente sobre estos podrían alterar la presencia de conducta agresiva de cualquier tipo, aunque generar soporte empírico para esto corresponde a otros estudios.

Por otro lado, existen varias limitaciones para este estudio. Entre ellas está la naturaleza limitada de esta propuesta; no se pueden esperar resultados tangibles puesto que no existe una aplicación verdadera. Además, la terapia elegida requiere una aplicación de un año. Si bien este estudio ha considerado una aplicación de seis meses todavía este tiempo representa una cantidad considerable si se habla en términos económicos. Se requeriría un grupo de investigadores formados en TDC dispuestos a trabajar por seis meses seguidos y continuar con los demás requerimientos de la investigación. Así mismo, sería necesaria una inversión económica importante para la adquisición de materiales durante la aplicación, sin la cual no se podría dar la aplicación.

Adicionalmente, la muestra se determinó representativa. No obstante, se podría aumentar el tamaño de esta de manera que se incluyan diferentes centros de la ciudad de Quito; así, se podría generalizar de mejor manera los resultados y reducir variables confusas

en el estudio. Continuando sobre la muestra, el rango de edad podría representar una dificultad debido a la resistencia marcada al cambio proveniente de la misma y de la dificultad para reinsertarse en una sociedad marcada por el rechazo y la exclusión. Entonces, se podría proponer que futuras investigaciones apliquen TDC sobre personas con TAP en internamiento en instalaciones para adolescentes y para adultos jóvenes. Esto se debería a una mayor probabilidad de reinserción social y menor resistencia al tratamiento.

En adición, la orientación psicológica designada para la intervención ha demostrado ser adecuada para tratar diferentes problemas con un rango elevado de dificultad como se ha mencionado antes. No obstante, no existen intervenciones suficientemente validadas empíricamente a través de varios estudios sobre una intervención diseñada específicamente para esta población. Por el momento, esta investigación pretendía determinar qué aspectos de la TDC podrían resultar beneficiosos en TAP. De esta manera, se lograría recabar información y lineamientos para diseñar una intervención centrada en las necesidades y presentación clínica de este desorden, considerando el curso de acción del trastorno límite de la personalidad y la TDC. Así, se espera la réplica o continuación de algunos de los estudios de diferentes orientaciones como la terapia enfocada en la mentalización, cognitivo conductual y enfoques comunitarios para determinar un curso clínico de acción con suficiente evidencia y efectividad.

En conclusión, existen varias limitaciones a este estudio partiendo desde su diseño experimental hasta su orientación terapéutica. Por ejemplo, la aplicación de este estudio no contempla un seguimiento en los meses o años posteriores para determinar la continuidad de los posibles efectos de la aplicación. Así mismo, la muestra tuvo limitaciones en cuanto al rango de edad seleccionado como a la posible resistencia al cambio y dificultad para la

reinserción social. Además, a nivel de recursos este estudio requiere una inversión considerable debido a la duración de este y a los requerimientos en términos de materiales e instrumentos. Finalmente, esas fueron las limitaciones encontradas en el estudio; no obstante, los beneficios y fortalezas de una posible aplicación superan las limitaciones puesto que es necesaria mayor investigación en este campo.

### **Recomendaciones para futuros estudios.**

Inicialmente, existen varias recomendaciones desplegadas principalmente sobre el diseño del estudio. Primero, sería importante realizar una intervención clínica de al menos un año de manera que se puedan generar efectos significativos de cambio y este mismo se pueda sostener en el tiempo. Así mismo, sería necesario realizar una medición de seguimiento a 6 meses después del tratamiento, un año y dos años. De esta manera, se determinaría la efectividad del tratamiento para generar cambios en agresividad y facilitar un proceso de reinserción social para personas con diagnóstico de TAP, considerando la naturaleza pervasiva y estable de este desorden. Posteriormente, se recomienda ahondar en el diseño de un modelo de TDC modificado en función de las necesidades y presentación clínica puesto que podría generar mayores efectos clínicos.

Finalmente, se recomienda realizar este tipo de aplicaciones sobre un rango de edad menor por que podrían mostrar menor resistencia al tratamiento y mayor probabilidad de reinserción social. Adicionalmente, se podrían aplicar otros instrumentos para determinar cambios. Por ejemplo, la aplicación actual sólo contempla la ira (a través del STAXI-II) como variable dependiente de emocionalidad negativa. La literatura sugiere que no solo la ira predispone a la conducta impulsiva y por tanto agresiva; así, sería importante usar otros

instrumentos. En conclusión, se recomienda profundizar sobre ciertos aspectos de esta aplicación al mismo tiempo que se proveen sugerencias sobre aspectos a mejorar para otras investigaciones. No obstante, los esfuerzos por estudiar este desorden y su tratamiento son necesarios debido al estado de poco desarrollo sobre el que se encuentran actualmente.



## REFERENCIAS

- Aguirre, B. & Galen, G. (2013). *Mindfulness for borderline personality disorder. RELIEVE YOUR SUFFERING USING the CORE SKILL of DIALECTICAL BEHAVIOR THERAPY*. New Harbinger Publications, Inc.: Oakland.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ta edición*. Editorial Médica Panamericana: España.
- Andreu, J., Peña, M., & Graña, J. (2002). Adaptación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Agresión. *Psicothema, 14, (2)*, 476-482.
- APA. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ed.* APA: Washington, Estados Unidos.
- APA. (2018). *Personality*. APA: Estados Unidos.
- Barlow, D., & Durand, M. (2013). *Abnormal Psychology, an Integrative Approach, 7ed.* Cengage Learning: Canada.
- Barría, J. (2015). INVENTARIO DE EXPRESIÓN DE IRA ESTADO-RASGO (STAXI-2) EN UNA MUESTRA CHILENA DE HOMBRES MALTRATADORES: SU VALIDEZ Y CONFIABILIDAD. *Ansiedad y Estrés, 21, (2-3)*, 127-141.
- Bass, C., Van Nevel, J., & Swart, J. (2014). A comparison between dialectical behavior therapy, mode deactivation therapy, cognitive behavioral therapy, and acceptance and commitment therapy in the treatment of adolescents. (2014). *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 9, (2)*, 4-8.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry, 177*, 138-143.

- Bateman, A., O'Connell, J., Lorenzini, N., Gardner, T., & Fonagy, P. (2016). A randomised controlled trial of mentalization-based treatment versus structured clinical management for patients with comorbid borderline personality disorder and antisocial personality disorder. *BMC Psychiatry, 16*, (1), 1-11.
- Beaver, K., DeLisi, M., Vaughn, M., & Barnes, J. (2010). Monoamine oxidase A genotype is associated with gang membership and weapon use. *Comprehensive Psychiatry, 51*, 130-134.
- Blais, J., & Ritchie, M. (2016). Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) en V. Zeigler-Hill, T.K. Shackelford (eds.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (pp. 1-4).
- Brazil, K., & Forth, A. (2016). Hare Psychopathy Checklist en V. Zeigler-Hill, T.K. Shackelford (eds.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (pp. 1-5).
- Brown, D., Larkin, F., Sengupta, S., Romero, J., Ross, C., Gupta, N., Vinestock, M., & Das, M. (2014). Clozapine: an effective treatment for seriously violent and psychopathic men with antisocial personality disorder in a UK high-security hospital. *CNS Spectrums, 19*, (5), 391-402.
- Buss, A., & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*, (3), 452-459.
- Caballo, V. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*. Editorial Síntesis: Madrid, España.
- Carey, G. (1998). Multivariate Analysis of Variance (MANOVA): I. Theory. Recuperado el 4 de abril de 2019 de <http://ibgwww.colorado.edu/~carey/p7291dir/handouts/manova1.pdf>

- Castrillón, D., Ortiz, P., & Vieco, F. (2004). Cualidades paramétricas del cuestionario de agresión (AQ) de Buss y Perry en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín (Colombia). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 22, (2), 49-61.
- Cristea, I., Gentili, C., Cotet, C., Palomba, D., Barbui, C., Cuijpers, P. (2017). Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74, (4), 319-328.
- Cyders, M., & Smith, G. (2008). Emotion-Based Dispositions to Rash Action: Positive and Negative Urgency. *Psychological Bulletin*, 134, (6), 807-828.
- Davidson, K., Halford, J., Kirkwood, L., Newton-Howes, G., Sharp, M., & Tata, P. (2009). CBT for violent men with antisocial personality disorder. Reflections on the experience of carrying out therapy in MASCOT, a pilot randomized controlled trial. *Personality and Mental Health*, 4, 86-95.
- Davidson, K., Tyrer, P., Tata, P., Cooke, D., Gumley, A., Ford, I., Walker, A., Bezlyak, H., Seivewright, H., Robertson, H., & Crawford, M. (2009). Cognitive behaviour therapy for violent men with antisocial personality disorder in the community: an exploratory randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 39, (4), 569-577.
- De Brito, S., Viding, E., Kumari, V., Blackwood, N., & Hodgins, S. (2013). Cool and Hot Executive Function Impairments in Violent Offenders with Antisocial Personality Disorder with and without Psychopathy. *Plos One*, 8, (6), 1-12.
- DeCou, C., Comtois, K., & Landes, S. (2019). Dialectical Behavior Therapy is Effective for the Treatment of Suicidal Behavior: A Meta-Analysis. *Behavior Therapy*, 50, (1), 60-72.

- Dobson K., & Dozois, D. (eds). (2019). *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies, 4ed.* The Guilford Press: Estados Unidos.
- Douglas, K., Chan, G., Gelernter, J., Arias, A., Anton, R., Poling, J., Farrer, L., & Kranzler, H. (2011). 5-HTTLPR as a Potential Moderator of the Effects of Adverse Childhood Experiences on Risk of Antisocial Personality Disorder. *Psychiatry Genetics, 21*, (5), 240-248.
- Drislane, L., Vaidyanathan, U., & Patrick, J. (2012). Reduced cortical call to arms differentiates psychopathy from antisocial personality disorder. *Psychological Medicine, 4*, (3), 1-10.
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., Williams, J., Davies, M., Borus, J., Howes, M., Kane, J., Pope, H., & Rounsaville, B. (1995). THE STRUCTURED CLINICAL INTERVIEW FOR DSM-III-R PERSONALITY DISORDERS (SCID-II). PART II: MULTI-SITE TEST-RETEST RELIABILITY STUDY. *Journal of Personality Disorders, 9*, (2), 92-104.
- Fossati, A., Di Ceglie, A., Acquarini, E., & Barratt, E. (2001). Psychometric Properties of an Italian Version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in Nonclinical Subjects. *JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY, 57* (6), 815-828.
- Frazier, S. & Vela, J. (2014). Dialectical Behavior Therapy for the treatment of anger and aggressive behavior: A review. *Aggression and Violent Behavior, 19*, (2), 156-163.
- Frisman, L., Mueser, T., Covell, N., Lin, H., Crocker, A., Drake, R., & Essock, S. (2009). Use of Integrated Dual Disorder Treatment Via Assertive Community Treatment Versus Clinical Case Management for Persons with Co-Occurring Disorders and

- Antisocial Personality Disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, (11), 822-828.
- García, A., Lara, E., & Albarracín, A. (2016). Análisis psicométrico del Staxi-2 y el MI-Staxi en adultos del Área Metropolitana de Bucaramanga. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 16, (2), 5-44.
- García, Z., Guerra, K., Cano, A., Herrera, S., Flores, P., & Medrano, L. (2018). Evidencias de validez y fiabilidad de las puntuaciones del STAXI-2 para población general y hospitalaria: Estudio con una muestra de adultos de República Dominicana. *Suma Psicológica*, 25, (1), 21-29.
- Gibbon, S., Duggan, C., Stoffers, J., Huband, N., A Vollm, B., Ferriter, M., & Lieb, K. (2010). Psychological interventions for antisocial personality disorder. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 6, 1-116.
- Glenn, A., Johnson, A., & Raine, A. (2013). Antisocial Personality Disorder: A Current Review. *Curr Psychiatry Rep*, 15, (427), 1-8.
- Goodman, M., Carpenter, D., Tang, C., Goldstein, K., Avedon, J., Fernandez, N., Mascitelli, K., Blair, N., New, A., Triebwasser, J., Siever, L., & Hazlett, E. (2014). Dialectical behavior therapy alters emotion regulation and amygdala activity in patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 57, 108-116.
- Gregory, S., Ffytche, D., Simmons, A., Kumari, V., Howard, M., Hodgins, S., & Blackwood, N. (2012). The Antisocial Brain: Psychopathy Matters. *Arch Gen Psychiatry*, 69, (9), 962-972.
- Haberstick, B., Lessem, J., Hewitt, J., Smolen, A., Hopfer, C., Halpern, C., Killea-Jones, L., Boardman, J., Tabor, J., Siegler, I., Williams, R., & Mullan, K. (2013). MAOA

- Genotype, Childhood Maltreatment, and Their Interaction in the Etiology of Adult Antisocial Behaviors. *Biol Psychiatry*, 75, (1), 25-30.
- Hare, R., Hart, S., & Harpur, T. (1991). Psychopathy and the *DSM-IV* Criteria for Antisocial Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, (3), 391-398.
- Hirose, S. (2001). Effective treatment of aggression and impulsivity in antisocial personality disorder with risperidone. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 55, 161-162.
- Koerner, K. (2012). *Doing Dialectical Behavior Therapy*. Guilford Press: New York.
- Leichsenring, F., & Leibing, E. (2003). The Effectiveness of Psychodynamic Therapy and Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Personality Disorders: A Meta-Analysis. *Am J Psychiatry*, 160, 1223-1232.
- León, E., Asún, D., & Folino, J. (2010). CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE LA VERSIÓN CHILENA DE LA HARE PCL-R. *Rev.Fac.Med.*, 58, (2), 103-114.
- Linehan, M. (1987). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Theory and method. *Bull Menninger Clin*. 51, (3), 261-76.
- Linehan, M. (2015). *DBT Skills Training Manual, 2ed*. The Guilford Press: New York.
- Linehan, M., Schmidt, H., Dimeff, L., Craft, C., Kanter, J., & Comtois, K. (1999). *The American Journal on Addictions*, 8, (4), 279-292.
- Livesley, J. & Larstone, R. (2018). *Handbook of Personality Disorders, Second Edition: Theory, Research, and Treatment*. Guilford Publications: New York.
- Lobbestael, J., Leurgans, M., & Arntz, A. (2011). Inter-Rater Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) and Axis II Disorders (SCID-II). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, (1), 75-79.

- Luntz, B., & Spatz, C. (1995). Antisocial personality disorder in abused and neglected children grown up. *American Journal of Psychiatry*, *151*, (5), 670–674.
- Matusiewicz, A., Hopwood, C., Banducci, A., & Lejuez, C. (2010). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Personality Disorders. *Psychiatr Clin North Am*, *33*, (3), 657-685.
- Mauricio, A., Tein, J., & López, F. (2007). Borderline and Antisocial Personality Scores as Mediators Between Attachment and Intimate Partner Violence. *Violence and victims*, *22*, (2), 139-157.
- McGauley, G., Yakeley, J., Williams, A., & Bateman, A. (2011). Attachment, mentalization and antisocial personality disorder: The possible contribution of mentalization-based treatment. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, *13*, (4), 371-393.
- McGuire, J. (2008). A review of effective interventions for reducing aggression and violence. *Phil. Trans. R. Soc. B.*, *363*, 2577-2597.
- McKay, M., Wood, J., & Brantley, J. (2010). *The Dialectical Behavior Therapy Skills Workbook: Practical DBT Exercises for Learning Mindfulness, Interpersonal Effectiveness, Emotion Regulation and Distress Tolerance*. New Harbinger Publications: Oakland.
- Medina, P., Valdés, M., Galán, L., Vergara, S., & Cousso, O. (2013). Confiabilidad y validez de la Escala de Psicopatía Revisada de Hare (PCL-R) en la población carcelaria cubana. *Salud Mental*, *36*, (6), 481-486.
- Miguel, J., Casado, M., Cano, A., & Spielberger, C. (2001). *Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo STAXI-2*. Madrid, España: TEA Ediciones.

- Neacsiu, A., Rizvi, S., & Linehan, M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48 (9), 832-839.
- Oliva, F., Hernández, M., & Calleja, N. (2010). VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN MEXICANA DEL INVENTARIO DE EXPRESIÓN DE IRA ESTADO-RASGO (STAXI-2). *Acta Colombiana de Psicología*, 13, (2), 107-117.
- OMS. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. OMS: Washington, Estados Unidos.
- OMS. (2014). *Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas*. OMS: Washington, Estados Unidos.
- Raine, A., Lee, L., Yang, Y., & Colletti, P. (2010). Neurodevelopmental marker for limbic maldevelopment in antisocial personality disorder and psychopathy. *The British Journal of Psychiatry*, 197, (3), 186-192.
- Reidy, D., Kearns, M., & DeGue, S. (2013). Reducing psychopathic violence: A review of the treatment literature. *Aggress Violent Behav*, 18, (5), 527-538.
- Reidy, D., Kearns, M., DeGue, S., Lilienfeld, S., Massetti, G., & Kiehl, K. (2015). Why psychopathy matters: Implications for public health and violence prevention. *Aggressive Violent Behavior*, 24, 214-225.
- Reidy, D., Lilienfeld, S., Berke, D., Gentile, B., & Zeichner, A. (2016). Psychopathy Traits and Violent Assault Among Men With and Without History of Arrest. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-20.



- Reyna, C., Lello, M., Sánchez, A., & Brussino, S. (2011). The Buss-Perry Aggression Questionnaire: Construct validity and gender invariance among Argentinean adolescents. *International Journal of Psychological Research, 4*, (2), 30-37.
- Roberts, A., Gilman, S., Fitzmaurice, G., Decker, M., & Koenen, K. (2010). Witness of Intimate Partner Violence in Childhood and Perpetration of Intimate Partner Violence in Adulthood. *Epidemiology, 21*, (6), 809-817.
- Romero, A., Lila, M., & Moya, L. (2016). Empathy Impairments in Intimate Partner Violence Perpetrators with Antisocial and Borderline Traits: A Key Factor in the Risk of Recidivism. *Violence and Victims, 31*, (2), 347-360.
- Ryder, A., Costa, P., & Bagby, M. (2007). EVALUATION OF THE SCID-II PERSONALITY DISORDER TRAITS FOR DSM-IV: COHERENCE, DISCRIMINATION, RELATIONS WITH GENERAL PERSONALITY TRAITS, AND FUNCTIONAL IMPAIRMENT. *Journal of Personality Disorders, 21*, (6), 626-637.
- Salvo, L. & Castro, A. (2013). Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 51*, (4), 245-254.
- Sierra, J. & Quintanilla, R. (2007). Validación de la versión española del Cuestionario de Agresión de Buss-Perry en estudiantes universitarios salvadoreños. *Psicología y Salud, 17*, (1), 103-113.
- Skeem, J., Monahan, J., & Mulvey, E. (2002). Psychopathy, Treatment Involvement, and Subsequent Violence among Civil Psychiatric Patients. *Law and Human Behavior, 26*, (6), 577-603.
- Smith, C., Ireland, T., & Thornberry, T. (2005). Adolescent maltreatment and its impact on young adult antisocial behavior. *Child Abuse & Neglect, 29*, 1099-1119.

- Stanford, M., Mathias, C., Dougherty, D., Lake, S., Anderson, N., & Patton, J. (2009). Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and Individual Differences, 47*, (5), 385-395.
- Sundram, F., Deeley, Q., Sarkar, S., Daly, E., Latham, R., Craig, M., Raczek, M., Fahy, T., Picchioni, M., UK AIMS Network, Barker, G., & Murphy, D. (2012). White matter microstructural abnormalities in the frontal lobe of adults with antisocial personality disorder. *Cortex, 48*, 216-229.
- Tielbeek, J., Medland, S., Benyamin, B., Byrne, E., Heath, A., Madden, P., Martin, N., Wray, N., & Verweij, K. (2012). Unraveling the Genetic Etiology of Adult Antisocial Behavior: A Genome-Wide Association Study. *PlosOne, 7*, (10), 1-7.
- Van Dijk, S. (2012). *DBT made simple. A Step-by-Step Guide to Dialectical Behavior Therapy*. New Harbinger Publications, Inc.: Oakland.
- Venables, N., Hall, J., & Patrick, C. (2014). Differentiating psychopathy from antisocial personality disorder: a triarchic model perspective. *Psychological Medicine, 44*, (5), 1005-1013.
- Verona, E., Sprague, J., & Sadeh, N. (2012). Inhibitory Control and Negative Emotional Processing in Psychopathy and Antisocial Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 121*, (2), 498-510.
- Widiger, T. (2012). *The Oxford Handbook of Personality Disorders*. Oxford University Press: New York.
- Wilson, H. (2014). Can Antisocial Personality Disorder Be Treated? A Meta-Analysis Examining the Effectiveness of Treatment in Reducing Recidivism for Individuals

Diagnosed with ASPD. *INTERNATIONAL JOURNAL OF FORENSIC MENTAL HEALTH*, 13, (1), 36-46.

World Health Organization. (1993). *ICD-10, the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization.

## ANEXO A: INSTRUMENTOS

*Anexo 1: Cuestionario de Agresión de Buss y Perry (1992), versión española por Andreu, Peña y Graña (2002).*

1. De vez en cuando no puedo controlar el impulso de golpear a otra persona	5	4	3	2	1
2. Cuando no estoy de acuerdo con mis amigos, discuto abiertamente con ellos	5	4	3	2	1
3. Me enfado rápidamente, pero se me pasa enseguida	5	4	3	2	1
4. A veces soy bastante envidioso	5	4	3	2	1
5. Si se me provoca lo suficiente, puedo golpear a otra persona	5	4	3	2	1
6. A menudo no estoy de acuerdo con la gente	5	4	3	2	1
7. Cuando estoy frustrado, muestro el enfado que tengo	5	4	3	2	1
8. En ocasiones siento que la vida me ha tratado injustamente	5	4	3	2	1
9. Si alguien me golpea, le respondo golpeándole también	5	4	3	2	1
10. Cuando la gente me molesta, discuto con ellos	5	4	3	2	1
11. Algunas veces me siento tan enfadado como si estuviera a punto de estallar	5	4	3	2	1
12. Parece que siempre son otros los que consiguen las oportunidades	5	4	3	2	1
13. Me suelo implicar en las peleas algo más de lo normal	5	4	3	2	1
14. Cuando la gente no está de acuerdo conmigo, no puedo remediar discutir con ellos	5	4	3	2	1
15. Soy una persona apacible	5	4	3	2	1
16. Me pregunto por qué algunas veces me siento tan resentido por algunas cosas	5	4	3	2	1
17. Si tengo que recurrir a la violencia para proteger mis derechos, lo hago	5	4	3	2	1
18. Mis amigos dicen que discuto mucho	5	4	3	2	1
19. Algunos de mis amigos piensan que soy una persona impulsiva	5	4	3	2	1
20. Sé que mis «amigos» me critican a mis espaldas	5	4	3	2	1
21. Hay gente que me incita a tal punto que llegamos a pegarnos	5	4	3	2	1
22. Algunas veces pierdo los estribos sin razón	5	4	3	2	1
23. Desconfío de desconocidos demasiado amigables	5	4	3	2	1
24. No encuentro ninguna buena razón para pegar a una persona	5	4	3	2	1
25. Tengo dificultades para controlar mi genio	5	4	3	2	1
26. Algunas veces siento que la gente se está riendo de mí a mis espaldas	5	4	3	2	1
27. He amenazado a gente que conozco	5	4	3	2	1
28. Cuando la gente se muestra especialmente amigable, me pregunto qué querrán	5	4	3	2	1
29. He llegado a estar tan furioso que rompía cosas	5	4	3	2	1
Nota: Los ítems 15 y 24 son inversos					

**ANEXO 2: STAXI-II por Spielberger, versión española por Miguel, Casado, Cano, & Spielberger, 2001.**

**S T A X I - 2 Español**

**Apellidos:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_  
**Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **Estado Civil** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Estudios:** \_\_\_\_\_

**Parte I: Instrucciones.**

A continuación, se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo uno de los números que encontrará a la derecha, el número que mejor indique **CÓMO SE SIENTE AHORA MISMO**, utilizando a siguiente escala de valoración:

**1= NO EN ABSOLUTO    2=ALGO    3=MODERADAMENTE    4= MUCHO**

**CÓMO ME SIENTO EN ESTE MOMENTO:**

- |                                             |         |
|---------------------------------------------|---------|
| 1. Estoy furioso                            | 1 2 3 4 |
| 2. Me siento irritado                       | 1 2 3 4 |
| 3. Me siento enfadado                       | 1 2 3 4 |
| 4. Le pegaría a alguien                     | 1 2 3 4 |
| 5. Estoy quemado (irritado)                 | 1 2 3 4 |
| 6. Me gustaría decir tacos(groserías)       | 1 2 3 4 |
| 7. Estoy cabreado                           | 1 2 3 4 |
| 8. Daría puñetazos a la pared               | 1 2 3 4 |
| 9. Me dan ganas de maldecir a gritos        | 1 2 3 4 |
| 10. Me dan ganas de gritarle a alguien      | 1 2 3 4 |
| 11. Quiero romper algo                      | 1 2 3 4 |
| 12. Me dan ganas de gritar                  | 1 2 3 4 |
| 13. Le tiraría algo a alguien               | 1 2 3 4 |
| 14. Tengo ganas de abofetear a alguien      | 1 2 3 4 |
| 15. Me gustaría echarle la bronca a alguien | 1 2 3 4 |

**Parte II: Instrucciones.**

A continuación, se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo el número que mejor indique **CÓMO SE SIENTE NORMALMENTE**, utilizando a siguiente escala de valoración:

**1= CASI NUNCA    2=ALGUNAS VECES    3=A MENUDO    4= CASI SIEMPRE**

**CÓMO ME SIENTO NORMALMENTE:**

16. Me caliento rápidamente	1	2	3	4
17. Tengo un carácter irritable	1	2	3	4
18. Soy una persona exaltada	1	2	3	4
19. Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen	1	2	3	4
20. Tiendo a perder los estribos	1	2	3	4
21. Me pone furioso que me critiquen delante de los demás	1	2	3	4
22. Me pone furioso cuando hago un buen trabajo y se me valora poco	1	2	3	4
23. Me cabreo con facilidad	1	2	3	4
24. Me enfado si no me salen las cosas como tenía previsto	1	2	3	4
25. Me enfado cuando se me trata injustamente	1	2	3	4

**Parte III: Instrucciones.**

A continuación, se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo el número que mejor indique **CÓMO SE SIENTE NORMALMENTE**, utilizando a siguiente escala de valoración:

**1= CASI NUNCA      2=ALGUNAS VECES      3=A MENUDO      4= CASI SIEMPRE**

**CUANDO ME ENFADO O ENFUREZCO:**

26. Controlo mi temperamento	1	2	3	4
27. Expreso mi ira	1	2	3	4
28. Me guardo para mí lo que siento	1	2	3	4
29. Hago comentarios irónicos de los demás	1	2	3	4
30. Mantengo la calma	1	2	3	4
31. Hago cosas como dar portazos	1	2	3	4
32. Ardo por dentro aunque no lo demuestro	1	2	3	4
33. Controlo mi comportamiento	1	2	3	4
34. Discuto con los demás	1	2	3	4
35. Tiendo a tener rencores que no cuento a nadie	1	2	3	4
36. Puedo controlarme y no perder los estribos	1	2	3	4
37. Estoy más enfadado/a de lo que quiero admitir	1	2	3	4
38. Digo barbaridades	1	2	3	4
39. Me irrito más de lo que la gente se cree	1	2	3	4
40. Pierdo la paciencia	1	2	3	4
41. Controlo mis sentimientos de enfado	1	2	3	4
42. Rehuyo encararme con aquello que me enfada	1	2	3	4
43. Controlo el impulso de expresar mis sentimientos de ira	1	2	3	4
44. Respiro profundamente y me relajo	1	2	3	4
45. Hago cosas como contar hasta diez	1	2	3	4
46. Trato de relajarme	1	2	3	4
47. Hago algo sosegado para calmarme	1	2	3	4
48. Intento distraerme para que se me pase el enfado	1	2	3	4

49. Pienso en algo agradable para tranquilizarme

1 2 3 4

**ANEXO 3: BIS-11 por Barratt, versión chilena por Salvo y Castro, 2013.**

Esta es una escala para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en las oraciones. Responda rápida y honestamente marcando una X en la opción que más le represente. (Entrevistador: lea cada oración al entrevistado y marque la respuesta. Si no entiende la pregunta o si es más atingente plantéele la forma en entre paréntesis).

	<b>Rara mente o nunca (0)</b>	<b>Ocasio- nalmente (1)</b>	<b>A menudo (3)</b>	<b>Siempre o casi siempre (4)</b>
1. Planifico mis tareas con cuidado				
2. Hago las cosas sin pensarlas				
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo fácilmente)				
4. Mis pensamientos van muy rápido en mi mente				
5. Planifico mis actividades o viajes con anticipación				
6. Soy una persona con autocontrol				
7. Me concentro con facilidad				
8. Ahorro con regularidad				
9. Se me dificulta estar quieto/a por largos periodos de tiempo				
10. Pienso las cosas cuidadosamente				
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo para asegurarme que tendré dinero para mis gastos) / (planifico mis estudios para asegurarme de rendir bien)				
12. Digo las cosas sin pensarlas				
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados				
14. Cambio de trabajo frecuentemente (cambio de colegio con frecuencia)				
15. Actúo impulsivamente				
16. Me aburre pensar en algo por demasiado tiempo				
17. Visito al médico y al dentista con regularidad				
18. Hago las cosas en el momento en que se me ocurren				
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)				
20. Cambio de vivienda a menudo (no me gusta que mis padres vivan en el mismo sitio por mucho tiempo)				
21. Compro cosas impulsivamente				
22. Yo termino lo que empiezo				

23. Camino y me muevo con rapidez				
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona)				
25. Gasto más dinero de lo que tengo/de lo que gano				
26. Hablo rápido				
27. Tengo pensamientos extraños (irrelevantes) cuando estoy pensando				
28. Me interesa más el presente que el futuro				
29. Me siento inquieto/a en clases (Me siento inquieto/a si tengo que oír hablar a alguien demasiado tiempo)				
30. Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente)				



## ANEXO B: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos**  
**Universidad San Francisco de Quito**  
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ  
 The Institutional Review Board of the USFQ

### Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: **¿Cómo y hasta qué punto la aplicación de terapia dialéctica conductual en una población de personas con trastorno antisocial de la personalidad de mediana edad en internamiento actual el Centro de Detención Provisional de El Inca puede reducir la conducta agresiva?**

Organización del investigador **Universidad San Francisco de Quito**

Nombre del investigador principal **José Enrique Méndez Zambrano**

Datos de localización del investigador principal **(02)-2370-734, 0987435771, jmendez@estud.usfq.edu.ec**

Co-investigadores -

#### DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

**Introducción** *(Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación)*

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no. Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre la aplicación de terapia dialéctica conductual en personas privada de la libertad para reducir la agresión porque cumple con criterios de inclusión como haber sido internado por crímenes violentos, tener entre 40 y 55 años, estar internado por al menos 7 meses, tener un nivel de lectura adecuado, entre otros.

**Propósito del estudio** *(incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)*

El propósito de este estudio es determinar la efectividad de la Terapia Dialéctica Conductual como tratamiento psicológico para reducir la agresión (en sus diferentes formas) en personas con un diagnóstico de Trastorno Antisocial de la Personalidad.

**Descripción de los procedimientos** *(breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)*

La aplicación de esta intervención psicológica será de dos veces a la semana con una duración total de 6 a 7 meses.

**Riesgos y beneficios** *(explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)*

Los riesgos emocionales y psicológicos pueden ocurrir al tratar inadecuadamente los temas personales que cada persona traiga en las sesiones de aplicación. No obstante, la aplicación se dará con la mayor consideración y profesionalidad para reducir estos riesgos. Por otro lado, los beneficios de participar en esta aplicación son varios. Entre ellos, está la posibilidad de reducir la conducta agresiva, poder manejar emociones negativas como la ira de una mejor manera y reducir la conducta impulsiva.

**Confidencialidad de los datos** *(se incluyen algunos ejemplos de texto)*

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador tendrá acceso.

2A) Si se toman muestras de su persona estas muestras serán utilizadas solo para esta investigación y destruidas tan pronto termine el estudio *(si aplica)* ó

2B) Si usted está de acuerdo, las muestras que se tomen de su persona serán utilizadas para esta investigación y luego se las guardarán para futuras investigaciones removiendo cualquier información que pueda identificarlo *(si aplica)*

3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.

4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

**Derechos y opciones del participante** *(se incluye un ejemplo de texto)*

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además, aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

**Información de contacto**

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono (0987435771) que pertenece a (José Enrique Méndez Zambrano), o envíe un correo electrónico a (jmendez@stud.usfq.edu.ec).

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Iván Sisa, Presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

## ANEXO C: TABLAS

Tabla #1. Ítems del PCL-R.

<b>Dominio</b>
<b>Interpersonal</b>
Encanto superficial/ Insinceridad
Sentido elevado/grandioso de sí mismo
Mentira patológica
Manipulación
Promiscuidad Sexual
<b>Afectivo</b>
Falta de remordimiento o culpa
Afecto plano/vacío
Falta de empatía
Falla para aceptar responsabilidad por sus actos
<b>Estilo de Vida</b>
Necesidad de estimulación
Estilo de vida parasítico
Falta de metas realistas al largo plazo
Impulsividad
Irresponsabilidad
Mantenimiento de múltiples relaciones maritales breves
<b>Antisocial</b>
Pobre control conductual
Problemas conductuales tempranos
Delincuencia juvenil
Versatilidad Criminal
Revocatoria de libertad condicional
<b>Tabla 1. Ítems del PCL-R. Tomado de Hare, 1991 en Widiger, 2012.</b>

**Tabla #2. Criterios diagnósticos del TAP en el DSM-5.**

<p><b>“Criterios diagnósticos para el Trastorno Antisocial de la Personalidad 301.7 (F60.2)</b></p>
<p>A. <i>Un patrón pervasivo de indiferencia hacia y violación de los derechos de otros, que ocurre desde los 15 años y es indicado por tres (o más) de los siguientes rasgos:</i></p>
<p>1. <i>Incumplimiento de las normas sociales respecto a los comportamientos legales, que se manifiesta por actuaciones repetidas que son motivo de detención.</i></p> <p>2. <i>Engaño, que se manifiesta por mentiras repetidas, utilización de alias o estafa para provecho o placer personal.</i></p> <p>3. <i>Impulsividad o fracaso para planear con antelación.</i></p> <p>4. <i>Irritabilidad y agresividad, que se manifiesta por peleas o agresiones físicas repetidas.</i></p> <p>5. <i>Desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás.</i></p> <p>6. <i>Irresponsabilidad constante, que se manifiesta por la incapacidad repetida de mantener un comportamiento laboral coherente o cumplir con las obligaciones económicas.</i></p> <p>7. <i>Ausencia de remordimiento, que se manifiesta con la indiferencia o racionalización del hecho de haber herido, maltratado o robado a alguien.</i></p> <p>8. <i>Manipulación</i></p>
<p>B. <i>El individuo tiene como mínimo 18 años.</i></p> <p>C. <i>Existen evidencias de la presencia de un trastorno de la conducta con inicio antes de los 15 años.</i></p> <p>D. <i>El comportamiento antisocial no se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia o de un trastorno bipolar”.</i></p>
<p><b>Tabla 2. Criterios diagnósticos del TAP en el DSM 5. Tomado de American Psychiatric Association, 2014.</b></p>