



EJE TRANSVERSAL

- **DROGAS**

DELITOS VIOLENTOS EN EL SALVADOR COMO CONSECUENCIA DE LAS CONDUCTAS DE IMPULSIVIDAD Y AGRESIVIDAD ASOCIADAS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, 2014-2015

Cecilia Jeannette Castro Figueroa

Facultad de Medicina

CONTENIDO	
RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
A. Situación problemática	
B. Enunciado del problema	
C. Objetivos	
D. Contexto	
E. Justificación	
CAPÍTULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	
A. Marco histórico	
B. Marco teórico	
1. Teorías de la impulsividad	
2. Teorías de la agresividad	
3. Teorías de Barrat sobre la agresividad impulsiva	
4. Característica psicológicas del privado de libertad	
C. Marco legal	
1. Privación de libertad y delito	
2. Reos: optimismo e impulsividad	
3. Perfiles psicológicos del drogodependiente	
D. Marco conceptual	
E. Hipótesis	
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
A. Enfoque y tipo de investigación	
B. Ubicación y objeto de estudio	
1. Ubicación espacial y temporal	
2. Tipo de investigación	
3. Diseño de investigación	
4. Unidades de análisis	
5. Indicadores y variables	
6. Población	
7. Muestra	
	8. Viabilidad
	9. Muestreo
	C. Técnicas, materiales e instrumentos
	1. Técnicas y procedimientos para la recopilación de la información
	2. Procedimiento
	3. Instrumentos de registro y medición
	CAPÍTULO IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS
	A. Tipo de sustancias psicoactivas consumidas por los privados de libertad previo a la comisión del delito por los que fueron imputados
	B. Factores de impulsividad y agresividad
	C. Modelo explicativo de los factores detonantes de crímenes violentos
	D. Nivel de optimismo en los privados de libertad
	E. Confiabilidad y validez de los cuestionarios de impulsividad y de agresividad
	F. Discusión de resultados
	1. Tipo de sustancias psicoactivas consumidas por los privados de libertad previo a la comisión del delito por los que fueron imputados
	2. Factores de impulsividad y agresividad
	3. Modelo explicativo de los factores detonantes de crímenes violentos
	4. Nivel de optimismo en los privados de libertad
	5. Confiabilidad y validez de los cuestionarios de impulsividad y de agresividad
	CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIÓN
	FUENTES BIBLIOGRÁFICAS
	ANEXOS

RESUMEN

El presente trabajo de investigación determinó los delitos violentos en El Salvador como consecuencia de las conductas de impulsividad y agresividad asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, a fin de explorar la influencia de estos aspectos psicológicos, y que a su vez permita desarrollar mejores estrategias de acción y de prevención para su rehabilitación y reinserción social, de acuerdo a su cognición optimista ante la vida. **Metodología.** El estudio es de tipo cuantitativo, exploratorio, con enfoque correlacional, transversal y retrospectivo. Con muestreo aleatorio estratificado. Con un intervalo de confianza de 0.05 a partir de una muestra de 221 Privados de Libertad (PDL) en 14 centros penitenciarios de El Salvador. **Resultados.** Las sustancias psicoactivas lícitas como ilícitas más frecuentemente consumidas por los PDL son el alcohol y el *cannabis*. De acuerdo al análisis de correlación de Pearson, se obtuvo una correlación positiva media en la relación de las variables o factores de impulsividad motora y agresividad física. El factor detonante de crímenes violentos (robo agravado, violación, violación agravada, homicidio agravado, homicidio imperfecto en grado de tentativa, homicidio simple, lesiones agravadas y agresión en menor incapaz) es bajo el control conductual con tendencia a actuar impulsivamente en el factor motor. El nivel de optimismo de los privados de libertad fue de nivel medio. Finalmente, se determinó la consistencia interna mediante el coeficiente Alfa de Cronbach en el cuestionario *de Impulsividad de Barrat, BIS-11* con una confiabilidad aceptable, mientras que el cuestionario de *Agresividad de Buss y Perry (1992)* reflejó una confiabilidad excelente; y por medio del análisis factorial, se validaron ambos cuestionarios determinándose los instrumentos validos según el método muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.

Palabras clave: Delitos violentos, sustancias psicoactivas, impulsividad, agresividad, privados de libertad, El Salvador.

INTRODUCCIÓN

La población privada de libertad cada vez va en aumento. Datos brindados por el Sistema de Registro del Sistema Penitenciario de El Salvador de la Unidad Médica Odontológica de la Dirección General de Centros Penales registra en el 2013 un total de población de 26,546 privados de libertad; en el 2014, se contaba con un total de 27,779 distribuidos en los 21 centros penitenciarios del país. Y, finalmente, hasta marzo de 2015 existe un total de 28,673 privados de libertad.

A raíz de lo expuesto, la investigación indagó sobre los delitos violentos en El Salvador como consecuencia de conductas de impulsividad y agresividad asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, así como el optimismo que esta población tenga; y conocer así los rasgos que puedan influir en la conducta delictiva.

Actualmente hay un acuerdo general sobre la importancia de la impulsividad a nivel individual y social, ya que está relacionada con distintos comportamientos con gran impacto social, como la agresión (Cherek, Moeller, Dougherty & Rhoades, 1997; Dolan, Anderson & Deakin, 2001), las tendencias suicidas y el abuso de sustancias (Dougherty, Mathias, Marsh, Moeller & Swann, 2004), la conducta criminal, la ludopatía, el abuso físico y sexual (McCown & DeSimone, 1993, Hart & Dempster, 1997), etc.

Esto es importante ya que la impulsividad y la agresividad están vinculadas en las conductas desadaptativas, y el impacto que de esto pueda sustraerse para generar las pautas de abordaje terapéutico para el fomento positivo de las habilidades sociales de esta población son bases clave para el desarrollo de estas pautas. En dicho estudio se detalla el fundamento teórico para la base de la obtención de la información y la metodología a utilizar para el desarrollo de la misma bajo un contexto fáctico de la realidad existente.

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A. Situación problemática

La privación de libertad constituye una sanción que se impone a quienes han transgredido los derechos fundamentales de otras personas o han atentado contra un bien jurídico determinado. Es, por tanto, importante considerar la impulsividad como la agresividad partiendo de la psicología clínica, que están relacionadas con conductas desadaptativas y numerosos trastornos mentales. En el caso concreto de los adultos, la impulsividad está implicada en problemas que conllevan a consecuencias de consumo de sustancias psicoactivas, conductas criminales y de suicidio, problemas sociales que deben ser abordados de manera incisiva (Knorring & Ekselius, 1998; Tremblay, Pihl, Vitaro & Dobkin, 1994).

Muchos autores consideran que la impulsividad es el mejor predictor de la conducta antisocial y de la delincuencia (Knorring & Ekselius, 1998; Tremblay, Pihl, Vitaro & Dobkin, 1994). Por estos motivos, en los últimos años se ha producido un creciente interés por las características de la impulsividad, dando lugar a un aumento del número de investigaciones realizadas sobre el tema (Felthous, 1998; McCown, Johnson & Shure, 1993; Scarpa & Raine, 2000).

Se ha considerado la impulsividad como la tendencia a actuar sin pensar (Smith, 1952; Barratt & Patton, 1983), la falta de reflexión entre el estímulo ambiental y la respuesta individual (Doob, 1990), la propensión a actuar con menos reflexión que la mayoría de individuos con el mismo nivel de habilidad y conocimientos (Dickman, 1993), la tendencia a actuar dejándose llevar por el ímpetu del momento sin considerar los potenciales riesgos implicados (Eysenck, Pearson, Easting & Allsopp, 1985; Patton, Stanford & Barratt, 1995).

En cambio, Coles (1997) describió la impulsividad como una dimensión compuesta por múltiples aspectos, que incluían un impulso, la expresión conductual del impulso y la situación en que ambas confluían. Otras de las múltiples definiciones que se han propuesto implicaban el fracaso para evaluar una situación de riesgo o peligro (S. B. G. Eysenck & McGurk, 1980), la incapacidad para planificar a largo plazo (Barratt & Patton, 1983; S. B. G. Eysenck & H. J. Eysenck, 1977; Buss & Plomin, 1975), la propensión a actuar de forma prematura o inapropiada en situaciones que implican consecuencias indeseables (Daruna & Barnes, 1993), el fracaso al aplazar respuestas que comportan castigo o un déficit en el aprendizaje de evitación pasiva (Gray, Owen, Davis & Tsaltas, 1983) o una mayor tendencia a responder rápidamente a los estímulos que a inhibir las respuestas (Barratt & Patton, 1983; Prior & Sanson, 1986; Buss & Plomin, 1975).

Otros autores han destacado las implicaciones patológicas de esta dimensión, como Oas (1983), que define la impulsividad crónica como la tendencia persistente a emitir conductas inapropiadas o patológicas caracterizadas por la falta de reflexión y demora. Por otra parte, el manual DSM-IV define los trastornos del control de los impulsos como el fracaso para resistir un impulso, *drive* o tentación de realizar un acto que es dañino para la persona o para los demás (American Psychiatric Association, 1994).

La impulsividad aparece como criterio diagnóstico en múltiples trastornos psicológicos según la cuarta versión revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), como los trastornos por control de los impulsos, el trastorno límite de la personalidad, el trastorno antisocial de la personalidad, el trastorno por hiperactividad y déficit de atención, etc.

Existe cierto consenso, además, de que la conducta impulsiva y los problemas que se derivan por la tendencia a actuar sin la suficiente reflexión van en aumento. De hecho, se considera que la impulsividad es un factor clave en conductas problemáticas como la agresión, la ludopatía o el abuso de sustancias entre otras (Barratt, 1994; Hart & Dempster, 1997; McMurrin, Blair & Egan, 2002; Strauss & Mouradian, 1998). Aunque es importante mencionar que los primeros estudios realizados sobre agresividad y género en Estados Unidos proponían que los hombres eran mucho más agresivos que las mujeres, los estudios realizados posteriormente, considerando los diferentes tipos de agresión existentes, mostraron que aunque ambos géneros son igual de agresivos, la manifestación de esta agresividad es diferente, al menos en el caso de niños y adolescentes (Björkqvist & Niemela, 1992; Galen & Underwood, 1997).

Considerando la importancia y el impacto que las conductas agresivas tienen actualmente a nivel social, en este estudio se pretende comprobar hasta qué punto la impulsividad favorece la agresividad en la población privada de libertad.

La figura de un sujeto agresor ha sido ampliamente estudiada desde variables tan disímiles, como por ejemplo desde las características individuales (Favi, 2004; Morales, 2008; Herrero y Colom, 2006; Ortiz, Fierro, Blanca, Cardenal y Sánchez, 2006), desde una mirada social (Cisneros, 2007; Zambrano y Pérez, 2004), desde un concepto fenomenológico (Jiménez, 2005; Lorenz, 1987), desde el tipo de conducta antisocial de estos sujetos o tipo de delito (Redondo, Pérez y Martínez, 2007; Pueyo y Redondo, 2007; Seelig, 1965), desde la inseguridad que ellos sienten de vivir en la sociedad actual (Parra, 2000), desde la motivación que tienen para recibir algún tratamiento que pretenda modificar su conducta antisocial (Echeberúa, De Corral, Fernández y Amor, 2004) y por cierto, desde el riesgo de reincidencia delictiva (Redondo, Pérez y Martínez, 2007). Hablar de un sujeto agresor, en cualquier tipología delictiva, impone la necesidad de encontrar estudios que permitan consensuar rasgos generales psicológicos para esta figura. Muchos estudios centran su interés en tipologías de delitos y desde ahí buscan establecer peculiaridades del carácter, del acto y de la forma de comisión, lo que permite configurar de acuerdo a su naturaleza el tipo de delito y el tipo de delincuente asociado a ese delito (Seelig, 1965).

El presente trabajo de investigación determinó los delitos violentos en El Salvador como consecuencia de conductas de impulsividad y agresividad asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, a fin de explorar la influencia de estos aspectos psicológicos, y que a su vez permita desarrollar un mejor abordaje terapéutico para su rehabilitación y reinserción social, de acuerdo a su cognición optimista ante la vida.

La presente investigación aspira a incorporar una óptica investigativa en el mundo de la criminalidad y justicia; por ello, resulta importante en términos académicos explorar estos rasgos con el propósito de ampliar el conocimiento del hombre que delinque, y ser un aporte a la disciplina de la psicología jurídica en su rama y criminología.

De acuerdo a los lineamientos del ENA 2011-2015, que establece dentro de la línea transversal brindar información con base científica a fin de tener un mejor conocimiento del problema de las drogas y sus delitos conexos a la hora de la toma de decisiones sobre las medidas para enfrentarlo, estadísticamente en nuestro país fue infructuosa la búsqueda de estudios que vincularan las variables en estudio al grupo muestral; no obstante, cabe recalcar que el estudio brindará un aporte científico muy valioso para nuestra sociedad, ya que actualmente el país no existe un estudio bajo esta perspectiva.

B. Enunciado del problema

El estudio determinó los delitos violentos en El Salvador como consecuencia de conductas de impulsividad y agresividad asociadas al consumo de sustancias psicoactivas. El proyecto de investigación se desarrolló en 19 centros penitenciarios del país y 2 granjas penitenciarias, en el periodo de agosto de 2014 a mayo del 2015.

¿Cómo influyen los delitos violentos en El Salvador como consecuencia de las conductas de impulsividad y agresividad asociadas al consumo de sustancias psicoactivas en el periodo de agosto 2014 – mayo 2015 en 14 centros penitenciarios de El Salvador (Apanteos, Izalco, Chalatenango, Occidente, La Esperanza, Zacatecoluca, Ilopango, Sonsonate, Usulután, San Miguel, Jucuapa, Gotera, San Vicente y Metapán)?

C. Objetivos

Objetivo general:

Determinar los delitos violentos en El Salvador como consecuencia de las conductas de impulsividad, agresividad y consumo de sustancias psicoactivas de acuerdo a los diferentes modelos teóricos de impulsividad y agresividad en la población privada de libertad que se encuentran en los diferentes centros penitenciarios de El Salvador.

Objetivos específicos:

- Objetivo 1: Identificar las sustancias psicoactivas más frecuentemente consumidas por los privados de libertad previo a la comisión del delito por los que fueron imputados.
- Objetivo 2: Analizar la asociación de las conductas de impulsividad y agresividad de acuerdo a la teoría agresividad impulsiva de E. Barratt.
- Objetivo 3: Establecer el modelo explicativo existente de la impulsividad, agresividad y consumo de sustancias psicoactivas más frecuentes como factores detonantes de crímenes violentos.
- Objetivo 4: Evaluar el nivel de optimismo de los privados de libertad.
- Objetivo 5: Validar las escalas de *Agresividad de Buss y Perry (1992)* y de *Impulsividad de Barrat, BIS-11*, aplicadas en la población privada de libertad del sistema penitenciario salvadoreño.

D. Contexto

Las personas privadas de libertad que tienen una conducta delictiva sostienen características o rasgos asociados a sus actos, que se sustentan o se relacionan con altos niveles de agresividad impulsiva; de ahí que cada vez son más los delitos vinculados a extrema violencia. Sin embargo, es posible que aquél sujeto que sostiene conductas delictivas asocie su comportamiento a pensamientos diferentes para enfrentar la vida, que sería a través del delito. Es decir que los éxitos o fracasos de una persona influenciarán su postura optimista en la consecución y logro de sus acciones.

Es interesante conocer el vínculo de los rasgos de impulsividad sobre la agresividad que conlleva a un acto, y que estos, a su vez, permitirán dar una respuesta a la base del comportamiento delictivo y abuso de sustancias.

E. Justificación

Tanto la impulsividad como la agresividad están relacionadas con conductas desadaptativas y trastornos mentales. La impulsividad, por ejemplo, está implicada en conductas patológicas como la ludopatía o el abuso de sustancias psicoactivas, y es un criterio diagnóstico para diversas enfermedades mentales, tales como el trastorno por control de los impulsos, el trastorno límite de la personalidad o el trastorno antisocial de la personalidad (Barratt, 1994; Hart & Dempster, 1997; McMurrin, Blair & Egan, 2002; Strauss & Mouradian, 1998). A su vez, la agresividad es un problema que va en ascenso en nuestra sociedad y que afecta la convivencia entre las personas, generando sufrimiento y numerosos problemas tanto a las víctimas como a los agresores.

También otros autores han destacado la relación entre impulsividad y agresividad, señalando que la impulsividad es el mejor predictor de la conducta antisocial y de la delincuencia (Knorrning & Ekselius, 1998; Tremblay, Pihl, Vitaro & Dobkin, 1994). Este tipo de agresividad específica, consistente en explosiones de agresividad desproporcionadas en relación con la causa aparente, implicarían la pérdida de la capacidad para controlar la propia conducta en un momento determinado. La intensidad de estas explosiones pueden variar desde la agresividad verbal hasta el homicidio (Stanford, Greve & Gerstle, 1997). Este tipo de agresividad es importante dentro del espectro de conductas violentas más habituales en las sociedades occidentales. Por ejemplo, el 29% de los homicidios cometidos anualmente en Estados Unidos son de naturaleza impulsiva (National Institute of Justice, 1994).

Considerando la importancia y el impacto que las conductas agresivas tienen actualmente a nivel social, afectando a niños, adolescentes y adultos, y la preocupación que generan las consecuencias de esto, en el estudio se pretendió comprobar hasta qué punto la impulsividad en una población privada de libertad constituye un factor predictor para la conducta agresiva o violenta. También se pretende comprobar si la relación existente entre impulsividad y agresividad es coherente con la teoría de la agresividad impulsiva de E. Barratt. En varios estudios se han encontrado diferencias de género en la conducta agresiva, especialmente en la agresividad física (Buss & Perry, 1992; Archer, Kilpatrick & Bramwell, 1995; Meesters, Muris, Bosma, Schouten & Beuving, 1996; Williams, Boyd, Cascardi & Poythress, 1996; Rodríguez, Peña & Graña, 2002; Nakano, 2001; García-León, Reyes, Vila, Pérez, Robles & Ramos, 2002).

Las últimas décadas se han caracterizado por un creciente interés en el estudio, evaluación y tratamiento de la agresividad a consecuencia del incremento de las

conductas agresivas en las sociedades occidentales, especialmente en el ámbito educativo y familiar, y también por la preocupación social que este tema genera. De hecho, entre 1973 y 1992 los crímenes violentos aumentaron en un 81% en Estados Unidos, y un estudio realizado posteriormente por el Departamento de Justicia estadounidense reveló que se comete un ataque violento cada 31 segundos, un robo cada 59 segundos, una violación cada 6 minutos y un asesinato cada 27 minutos (Federal Bureau of Investigation, 1997). La conducta agresiva es común a todas las especies, por sus efectos en la supervivencia y en la reproducción, pero en el caso del ser humano, los procesos de aprendizaje y de socialización ayudan a inhibir estas tendencias o a canalizarlas hacia conductas socialmente aceptadas. Por consiguiente, el incremento de las conductas agresivas podría estar reflejando la presencia de necesidades y carencias en nuestra sociedad. De hecho, según Palermo (1997), el aumento de las conductas agresivas y violentas se debe a la creciente sensación de inseguridad y desencanto que sufre la población, ya que esta situación favorece la aparición de sentimientos de ira, hostilidad y frustración.

Según la información más reciente de la UNODC, Honduras y El Salvador son los países más violentos del mundo, ya que los índices de homicidios son allí de 92 y 69 por cada 100.000 habitantes, respectivamente, y América Central es la región más violenta, ya que se registra un índice de homicidios de 41 por cada 100.000 habitantes, cifra que representa un tercio más que la correspondiente a África meridional y el doble de la registrada en África central y América del Sur. La situación relativa a la violencia relacionada con la delincuencia y las drogas es crítica en la región, puesto que en algunas zonas la seguridad de la población sigue viéndose amenazada por índices de violencia cada vez mayores, en particular delitos relacionados con drogas.

A la fecha no existen estudios realizados bajo este contexto de investigación dado que la carencia de investigaciones científicas dentro del área de Seguridad y Justicia es considerada una limitante para contribuir a los procesos de evaluación dentro del Sistema de Información en el área de control de drogas (Comisión Revisora de la Legislación Salvadoreña San Salvador, Ministerio de Justicia, 1990).

Es así como, a partir de lo descrito, es de suma importancia realizar dicho estudio sobre los delitos violentos en El Salvador como consecuencia de las conductas de impulsividad y agresividad asociadas al consumo de sustancias psicoactivas que se encuentran registrados en el Sistema Penitenciario de El Salvador, que permita sustentar las explicaciones teóricas, con el fin de intentar acercarnos a la predicción de la conducta delictiva y a buscar pautas de abordaje terapéutico para este tipo de conductas en personas afectadas por estos problemas sociales, considerando además la percepción de los mismos en la dimensión de optimismo que tienen sobre la vida.

CAPÍTULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

A. Marco histórico

Las últimas décadas se han caracterizado por un creciente interés en el estudio, evaluación y tratamiento de la agresividad, a consecuencia del incremento de las conductas agresivas en las sociedades occidentales, especialmente en el ámbito educativo y familiar, y también por la preocupación social que este tema genera. De hecho, entre 1973 y 1992 los crímenes violentos aumentaron en un 81% en Estados Unidos, y un estudio realizado posteriormente por el Departamento de Justicia estadounidense reveló que se comete un ataque violento cada 31 segundos, un robo cada 59 segundos, una violación cada 6 minutos y un asesinato cada 27 minutos (Federal Bureau of Investigation, 1997). De hecho, según Palermo (1997), el aumento de las conductas agresivas y violentas se debe a la creciente sensación de inseguridad y desencanto que sufre la población, ya que esta situación favorece la aparición de sentimientos de ira, hostilidad y frustración (Morales Vives, 2003).

Históricamente la psicología ha concentrado su preocupación en enfermedades mentales, en problemas psicoemocionales y psicosociales que afectan al hombre, sin relevar necesariamente las características positivas del ser humano (Seligman y Gilham, 1999; Kholer, 2004; Cuadra y Florenzano, 2003), limitando el estudio del hombre en su aspecto integral. Sin embargo, el último tiempo, desde una mirada más humanista, se ha instado a los profesionales de la psicología a detenerse a estudiar las características más positivas de las personas, entendiendo que éstas permitirían no concentrarse sólo en lo negativo de los seres humanos (reduccionismo) y a su vez, que son las emociones positivas aquellas que permitirían potenciar la prevención de patologías psicoemocionales (Vera, 2006).

B. Marco teórico

Actualmente hay un acuerdo general sobre la importancia de la impulsividad a nivel individual y social, ya que está relacionada con distintos comportamientos con gran impacto social como la agresión (Cherek, Moeller, Dougherty & Rhoades, 1997; Dolan, Anderson & Deakin, 2001), las tendencias suicidas y el abuso de sustancias (Dougherty, Mathias, Marsh, Moeller & Swann, 2004), la conducta criminal, la ludopatía, el abuso físico y sexual (McCown & DeSimone, 1993, Hart & Dempster, 1997), etc. Además, la impulsividad aparece como criterio diagnóstico en múltiples trastornos psicológicos según la cuarta versión revisada del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000), como los trastornos por control de los impulsos, el trastorno límite de la personalidad, el trastorno antisocial de la personalidad, el trastorno por hiperactividad y déficit de atención, etc. Existe cierto consenso, además, de que la

conducta impulsiva y los problemas que se derivan por la tendencia actuar sin la suficiente reflexión, van en aumento. De hecho, se considera que la impulsividad es un factor clave en conductas problemáticas como la agresión, la ludopatía o el abuso de sustancias entre otras (Barratt, 1994; Hart & Dempster, 1997; McMurrin, Blair & Egan, 2002; Strauss & Mouradian, 1998). Según un estudio, la impulsividad en edades tempranas es un predictor directo del abuso de alcohol en la edad adulta (Klinterberg, Andersson, Magnusson, & Stattin, 1993). Además, muchos autores consideran que la impulsividad es el mejor predictor de la conducta antisocial y de la delincuencia (Knorrning & Ekselius, 1998; Tremblay, Pihl, Vitaro & Dobkin, 1994). Se ha considerado la impulsividad como la tendencia a actuar sin pensar (Smith, 1952; Barratt & Patton, 1983), la falta de reflexión entre el estímulo ambiental y la respuesta individual (Doob, 1990), la propensión a actuar con menos reflexión que la mayoría de individuos con el mismo nivel de habilidad y conocimientos (Dickman, 1993), la tendencia a actuar dejándose llevar por el ímpetu del momento sin considerar los potenciales riesgos implicados (Eysenck, Pearson, Easting & Allsopp, 1985; Patton, Stanford & Barratt, 1995). En cambio, Coles (1997) describió la impulsividad como una dimensión compuesta por múltiples aspectos, que incluían un impulso, la expresión conductual del impulso y la situación en que ambas confluían. Otras de las múltiples definiciones que se han propuesto implicaban el fracaso para evaluar una situación de riesgo o peligro (S. B. G. Eysenck & McGurk, 1980), la incapacidad para planificar a largo plazo (Barratt & Patton, 1983; S. B. G. Eysenck & H. J. Eysenck, 1977; Buss & Plomin, 1975), la propensión a actuar de forma prematura o inapropiada en situaciones que implican consecuencias indeseables (Daruna & Barnes, 1993), el fracaso al aplazar respuestas que comportan castigo o un déficit en el aprendizaje de evitación pasiva (Gray, Owen, Davis & Tsaltas, 1983) o una mayor tendencia a responder rápidamente a los estímulos que a inhibir las respuestas (Barratt & Patton, 1983; Prior & Sanson, 1986; Buss & Plomin, 1975).

1. Teorías de la impulsividad

1.1. Teoría de Eysenck

H. J. Eysenck estudió la impulsividad a partir de su teoría sobre la extraversión (H. J. Eysenck & M. W. Eysenck, 1985). Concretamente, propuso dos teorías sobre la extraversión: la primera de ellas, formulada en 1957, propone que los sujetos con elevadas puntuaciones en Neuroticismo pueden llegar a ser distímicos o histérico psicopáticos en función de la facilidad con que adquieren reflejos condicionados durante el proceso de desarrollo social. Concretamente, si la persona es además introvertida, presenta predisposición hacia la distimia a causa de su conciencia sobre-desarrollada y si es extravertida, presenta predisposición hacia la histeria a causa de su conciencia infra-desarrollada. Por otra parte, las diferencias en condicionabilidad reflejan diferencias en la balanza excitación-inhibición (H. J.

Eysenck, 1957). Este concepto es unidimensional, ya que los individuos con facilidad para generar potenciales excitatorios presentan dificultad para generar potenciales inhibitorios, y viceversa. La noción de inhibición propuesta en esta teoría está muy relacionada con la teoría de Pavlov, la teoría de la reacción condicionada y reactiva de Hull y la saciedad de estímulos de Koehler (Gray, 1981).

Según esta teoría, los extravertidos se caracterizan por una mayor inhibición cortical a causa de la baja activación del S.A.R.A. Por el contrario, las personas introvertidas se caracterizan por una elevada excitación cortical a causa de la mayor activación del S.A.R.A. Esta teoría, denominada Teoría del Arousal Óptimo, se basa en el supuesto de que un nivel moderado de arousal, el cual supone una activación moderada del S.A.R.A., es agradable y deseable. A su vez, bajos niveles de arousal, que implican una menor activación del S.A.R.A., es desagradable indeseable. Dado que las personas buscan el placer y evitan el malestar, el individuo buscará aquellas situaciones que le hagan sentir bien, y estas situaciones serán aquellas que generen un nivel óptimo de arousal. Por lo tanto, si el arousal es demasiado elevado el sujeto buscará un ambiente más calmado. Si, por el contrario, el arousal es demasiado bajo, la persona buscará ambientes más estimulantes que aumenten el arousal. Como que los introvertidos se caracterizan por elevados niveles de arousal, tenderán a preferir y buscar ambientes y situaciones más calmados. Por el contrario, los extravertidos, por su bajo nivel de arousal, buscarán ambientes más estimulantes. Además, según la teoría existe un nivel óptimo de arousal, a partir del cual la situación pasa de ser confortable a resultar desagradable. Para alcanzar este nivel óptimo, los extravertidos requerirán más estimulación que los introvertidos. Existe evidencia empírica de que los extravertidos prefieren ambientes y situaciones más estimulantes que los introvertidos, como sostiene H. J. Eysenck.

Según H. J. Eysenck, la extraversión se caracteriza tanto por la sociabilidad como por la impulsividad. De hecho, la impulsividad que caracteriza a los extravertidos explicaría en buena medida los resultados obtenidos sobre la relación entre extraversión y funcionamiento cognitivo (Dickman, 1993).

1.2. Teoría de Revelle

Al contrario que H. J. Eysenck, Revelle propuso que los sujetos con elevada o baja impulsividad no diferían en el nivel crónico de arousal, sino en la naturaleza de sus ritmos circadianos respecto al arousal (Revelle, Humphreys, Simon & Guilleland, 1980; Humphreys & Revelle, 1984). Este autor consideraba que los sujetos poco impulsivos alcanzaban el máximo nivel de arousal a una hora más temprana del día que los sujetos muy impulsivos, de tal forma que por la mañana presentan un mayor nivel de arousal que los sujetos impulsivos y por la tarde un menor nivel. Por lo tanto, los dos grupos presentarían niveles contrarios de arousal tanto por la mañana como por la tarde, lo cual afectaría a su vez al rendimiento de los dos

grupos. En este caso, la costumbre de realizar los estudios durante el día podría haber afectado a los resultados obtenidos en numerosas investigaciones. Pero los estudios que han comparado estos dos grupos de sujetos por la mañana y por la tarde no han encontrado diferencias entre los grupos en ninguno de los dos momentos del día (Matthews, Jones & Chamberlain, 1989; Revelle, Humphreys, Simon & Guillard, 1980; Smith, Rusted, Savory, Eaton-Williams & Hall, 1991). En cambio, W. Revelle sí encontró evidencia empírica de uno de los supuestos que se derivan de esta teoría: si el nivel de arousal de los dos grupos de impulsividad es contrario por la mañana y por la tarde, los aumentos del arousal afectarán de forma diferente a los dos grupos en los dos momentos del día. W. Revelle obtuvo evidencia empírica, en diversos tipos de tareas, de que el incremento de arousal por la mañana perjudicaba el rendimiento de los sujetos poco impulsivos y favorecía el rendimiento de los sujetos impulsivos. El efecto de aumentar el arousal por la tarde ofrecía resultados opuestos en los dos grupos a los obtenidos por la mañana, aunque los datos fueron menos consistentes que los obtenidos en los estudios de la mañana (Revelle et. al, 1980).

1.3. Teoría de Gray

J. A. Gray propuso un modelo teórico de personalidad alternativo al modelo de H. J. Eysenck, a partir de la rotación de los ejes de personalidad que había propuesto H. J. Eysenck. De esta manera, Gray diferenciaba entre dos dimensiones: ansiedad e impulsividad (Gray, 1981). La primera de estas dimensiones sería una variable continua que comprendería desde el extravertido estable de H. J. Eysenck, correspondiendo a un bajo nivel de ansiedad, hasta el introvertido neurótico de H. J. Eysenck, que implicaría una elevada ansiedad. El eje de impulsividad, en cambio, supondría una elevada susceptibilidad a los estímulos positivos y sería una variable continua que comprendería desde el introvertido estable, que implicaría una baja impulsividad, hasta el extravertido neurótico, que implicaría una elevada impulsividad. Respecto el primer eje, elevados niveles en la dimensión de ansiedad implicarían una elevada susceptibilidad al castigo, a las señales de falta de recompensa y a la novedad, y dependería del sistema fisiológico que Gray denominó Sistema de Inhibición Conductual (Gray, 1977).

Los estudios sugieren que los sujetos con elevados niveles de impulsividad se caracterizan por elevados niveles de Extraversión y elevados niveles de Psicoticismo. J. A. Gray sugiere que incluir la influencia del Psicoticismo en su teoría requeriría rotar sus ejes considerando las dimensiones de H. J. Eysenck (Neuroticismo, Extraversión, Introversión y Psicoticismo) como marco de referencia, pero que la rotación resultante no explicaría los resultados obtenidos en numerosos estudios sobre el nivel de arousal, el rendimiento en diferentes momentos del día y su relación con las variables de personalidad. J. A. Gray no propone ninguna alternativa para explicar estos datos, pero sugiere no existe ningún motivo para incluir el

patrón de variabilidad del arousal en las características de la conducta antisocial, porque posiblemente, la relación entre los ritmos diurnos en el nivel de arousal y la psicopatía es simplemente un reflejo de la organización del día laboral del propio sujeto: en general, los seres humanos preferimos empezar el día trabajando y destinar las últimas horas del día al ocio.

1.4. Teoría de Barratt

E. Barratt define la impulsividad como una dimensión de personalidad de primer orden, relacionada con la dimensión extroversión de H. J. Eysenck, con la búsqueda de sensaciones y con la hipomanía (Barratt & Patton, 1983). Además, según E. Barratt, las diferencias individuales en impulsividad están relacionadas con las diferencias para mantener un tiempo cognitivo: en las tareas que requieren mantener un cierto tiempo o frecuencia los sujetos con elevados niveles de impulsividad tienen más dificultades para mantener un determinado tiempo o frecuencia y, por lo tanto, serán menos eficientes en las tareas que dependan de esta característica, como las tareas de tiempo de reacción y las tareas que requieren respuestas rítmicas (Barratt, 1983, 1987; Barratt & Patton, 1983). Concretamente, según Barratt & Patton (1983) hay diferencias individuales en el tiempo que requieren los procesos cognitivos y conductuales que caracterizan las diferencias en impulsividad.

Según E. Barratt, la impulsividad está compuesta por tres factores. El primero de ellos, la Impulsividad Motora, implica actuar sin pensar, dejándose llevar por el ímpetu del momento. En segundo lugar, la Impulsividad Cognitiva implica una propensión a tomar decisiones rápidas. Finalmente, la Impulsividad no-planificadora se caracteriza por la tendencia a no planificar, mostrando un mayor interés por el presente que por el futuro.

Barratt también afirmó que la impulsividad y la ira constituían variables necesarias pero no suficientes para la agresividad impulsiva, ya que otras variables podrían ser por disfunciones en el lóbulo parietal que estarían interviniendo en esta relación (Barratt & Slaughter, 1998; Barratt).

Stanford, Kent & Felthous, 1997). Si efectivamente la impulsividad y la ira constituyen variables necesarias pero no suficientes para la agresividad impulsiva, se esperaría que las correlaciones parciales de la escala ira con agresividad física y con agresividad verbal, eliminando el efecto de la variable impulsividad disfuncional, permanezcan significativas.

1.5. Teoría de Dickman

S. J. Dickman definió la impulsividad como la tendencia a deliberar menos que la mayoría de la gente con iguales capacidades antes de realizar una acción (Dickman,

1990). En general, los estudios realizados sobre la impulsividad habían destacado sus consecuencias negativas para el individuo, pero S. J. Dickman señaló que en ocasiones los sujetos impulsivos rendían mejor que los no impulsivos. Por ejemplo, en tareas experimentales muy simples, los sujetos muy impulsivos presentaban respuestas rápidas pero con menos errores que los poco impulsivos, y en tareas en que el tiempo de respuesta era muy breve, los sujetos impulsivos presentaban respuestas más exactas (Dickman, 1985, Dickman & Meyer, 1988). Considerando estos resultados, S. J. Dickman realizó una serie de estudios para determinar si la tendencia a responder rápidamente y con poca precisión era un rasgo que constituía en ocasiones una ventaja y en ocasiones un inconveniente, o si, por el contrario, existían dos rasgos separados, uno de los cuales implicaría responder rápidamente y con poca precisión en situaciones en las que utilizar esta estrategia proporciona resultados óptimos, mientras que el otro rasgo implicaría responder rápidamente y sin precisión en situaciones en las que esta estrategia no es óptima. Concretamente, el primer rasgo, denominado Impulsividad Funcional, consistiría en una tendencia a tomar decisiones rápidas cuando la situación implica un beneficio personal. Por consiguiente, es un proceso de toma de decisiones con un riesgo calculado. Por el contrario, el segundo rasgo, denominado Impulsividad Disfuncional, está relacionado con la tendencia a tomar decisiones irreflexivas y rápidas, con consecuencias negativas para el individuo. Los resultados de las investigaciones de Dickman ofrecieron evidencia empírica de la existencia de los dos factores (Dickman, 1990).

2. Teorías de la agresividad

2.1. Definición y clasificación de la agresividad

Se han propuesto muchas definiciones, no del todo equivalentes, del concepto agresión. No hay una definición universalmente aceptada sobre este término, pero a menudo se ha definido la agresión como cualquier forma de conducta que pretenda herir física o psicológicamente a alguien (Berkowitz, 1996). Esto implica una intencionalidad por parte del agresor de perjudicar a otra persona. Cuando se hiere accidentalmente a alguien, sin tener la intención de herir al individuo, no se puede considerar un acto agresivo. Igualmente, no se considera agresividad el hecho de herir intencionadamente a alguien con el propósito de beneficiarle (sería el caso de un dentista, por ejemplo). Igualmente, se han propuesto diferentes clasificaciones de los tipos de agresividad existentes:

– Agresividad vs violencia: en general se considera que la diferencia entre los dos términos radica en la intensidad de la conducta: la violencia es un acto agresivo de elevada intensidad y gravedad, que puede incluso implicar el asesinato de una persona, mientras que la agresividad implica a una gravedad menor (pegar, insultar, etc.). Por lo tanto, toda conducta violenta es agresiva, pero no toda conducta agresiva

es violenta. Más concretamente, Buvinic, Morrison & Shifter (1999) definieron la violencia como la amenaza o el uso de la fuerza física o psicológica con el propósito de hacer daño, excluyendo el uso de la agresión para resolver conflictos. Según estos autores, el robo, el homicidio, el secuestro, la violencia doméstica, etc., son algunos ejemplos de violencia. En cambio, Gelles & Strauss (1979) especificaron que se podían considerar como actos violentos únicamente aquellos realizados con la intención de herir físicamente a otra persona.

– Agresividad física vs agresividad verbal: la agresividad física es aquella que se manifiesta a través de golpes, empujones y otras formas de maltrato físico, mientras que la agresividad verbal se manifiesta a través de insultos, amenazas, etc. Según Berkowitz (1994) y Björkqvist (1994) la agresividad física se produce a partir del impacto directo de un cuerpo o de un instrumento contra los contrincantes. Por otra parte, según estos autores, la agresividad verbal se produce a través del lenguaje, e implica sarcasmo, burla, uso de moteos o sobrenombres para referirse a otras personas, extensión de rumores maliciosos, cotilleo, etc. Sin embargo, según otros autores, conductas tales como cotillear o extender rumores correspondería a una agresividad de tipo indirecta porque el agresor no se enfrenta directamente a la víctima (Lagerspetz, Björkqvist & Peltonen, 1988; Björkqvist, Lagerspetz & Kaukiainen, 1992).

En el caso de los adultos, los estudios revelan mayores niveles de agresividad física en los hombres que en las mujeres (Buss & Perry, 1992; Andreu, Peña & Graña, 2002). Pero en el caso de la agresividad verbal, los resultados obtenidos a partir de muestras adultas son contradictorios (Buss & Perry, 1992; Rodríguez, Peña & Graña, 2002; Condon, Morales-Vives, Ferrando & Vigil-Colet, 2006). Respecto a la evolución de la agresividad con la edad, parece ser que la conducta agresiva se percibe mejor en el grupo de iguales durante la adolescencia que durante la edad madura. Quizás por este motivo, la expresión de la agresividad disminuye con la edad. De todas formas, otros tipos de agresividad, como la ira y la hostilidad, también disminuyen con la edad (Archer, 2004).

– Hostilidad vs ira: en general, se ha descrito la hostilidad como una característica actitudinal. Por ejemplo, Buss (1961) la definió como una actitud que implicaba el disgusto y la evaluación negativa hacia los demás. Berkowitz (1993) definió la hostilidad de forma parecida, describiéndola como una actitud negativa hacia otras personas acompañada por juicios desfavorables hacia ellas. Spielberger (1988) la definió como un complejo conjunto de sentimientos y actitudes negativas que implicaban tanto motivaciones agresivas como sentimientos de venganza. Por el contrario, según Smith (1994) la hostilidad es una variable cognitiva caracterizada por la devaluación de la importancia y de las motivaciones ajenas, por la percepción de que las otras personas son una fuente de conflicto y de que uno mismo está en oposición con los demás, y el deseo de infligir daño o ver a los demás perjudicados.

No obstante, otros autores entienden la hostilidad como una variable mucho más compleja formada a su vez por múltiples facetas, que además de actitudes negativas implica también sentimientos y conducta expresiva (Barefoot, 1992; Barefoot & Lipkus, 1994), tales como cinismo (la creencia de que los demás se rigen por motivaciones egoístas), desconfianza (pensar que los demás son potencialmente provocadores y dañinos) o denigración, caracterizada esta última por la percepción de que los demás son deshonestos, tacaños, etc. (Miller, Smith, Turner, Guijarro & Hallet, 1996). Sin embargo, la ira constituiría un sentimiento que aparecería como consecuencia de las actitudes hostiles previas (Eckhardt, Norlander & Deffenbacher, 2004). De hecho, diversos autores relacionan la ira con un sentimiento o un estado de ánimo. Por ejemplo, Spielberger, Jacobs, Russell & Crane (1983) definieron la ira como un estado emocional con sentimientos que varían en intensidad, que pueden comprender desde el disgusto o una irritación media hasta la furia intensa. Pero esta definición no es suficiente amplia, ya que no incluye detalles que también aparecen cuando una persona experimenta ira. Por este motivo, diversos autores han considerado la ira como un atributo multidimensional que implica variables fisiológicas relacionadas con el arousal simpático general y la función de los neurotransmisores y de las hormonas, así como variables cognitivas como creencias irracionales, pensamientos automáticos, etc., variables fenomenológicos tales como la conciencia subjetiva y el etiquetaje de los sentimientos de ira, y, finalmente, variables conductuales como las expresiones faciales y las estrategias de expresión de la ira a nivel conductual y verbal (Berkowitz, 1993, Deffenbacher, 1994; Eckhardt & Deffenbacher, 1995). Por lo tanto, la ira es un estado transitorio que se refiere tanto a experiencias subjetivas como a pensamientos, y que se comunica o se exterioriza a través de reacciones faciales, verbales, corporales, etc. (Morales, Vives 2007).

Algunos investigadores han propuesto que la hostilidad y la ira deben estar altamente relacionados, ya que el hecho de que una persona manifieste una actitud hostil, percibiendo otras personas como amenazadoras, podría favorecer que reaccionara con sentimientos de ira (Eckhardt & Deffenbacher, 1995). Suarez & Williams (1989) realizaron un estudio en el que observaron que aunque las personas con baja hostilidad y las personas con alta hostilidad no diferían en una serie de variables fisiológicas cuando estaban en reposo, cuando eran sometidos a una situación que inducía ira, las personas con elevada hostilidad reaccionaban con un mayor aumento de la presión arterial y de la frecuencia cardiaca que las personas con bajos niveles de hostilidad. (Morales, Vives 2007)

– Agresividad directa vs agresividad indirecta: la agresividad indirecta es aquella que el agresor realiza de forma encubierta (por ejemplo, criticar a una persona cuando no está presente) y la agresividad directa es aquella que se manifiesta de forma abierta (insultar, pegar, etc.). Lagerspetz, Björkqvist & Peltonen (1988) y Björkqvist, Lagerspetz & Kaukiainen (1992) definieron la agresividad indirecta como una conducta socialmente manipulativa cuyo objetivo era perjudicar a

alguna persona del entorno. Concretamente, el agresor manipula a otras personas para dañar a la víctima o usa la estructura social para dañar a la persona pero sin implicarse personalmente en el ataque. De hecho, las principales características de la agresividad indirecta son la ausencia de confrontación directa y la importancia del entorno social como elemento conductor de la agresión. Un ejemplo de agresividad indirecta consistiría en intentar persuadir a los miembros de un círculo social determinado de que rechacen a alguna de las personas que forman parte de este grupo social. La agresividad indirecta es, según numerosos estudios, característica del denominado “bullying”, la agresividad manifestada por los adolescentes hacia miembros del grupo de iguales normalmente caracterizados por tener pocos amigos o ser solitarios (Bukowski & Sippola, 2001; Cairns, Cairns, Neckerman, Gest & Gariépy, 1988).

– Aspectos de la agresión conscientemente controlados vs aspectos impulsivos (o expresivos): en el caso del ser humano se ha propuesto la distinción entre agresividad controlada conscientemente y agresividad emocional o impulsiva. En el primer caso el agresor actúa de forma premeditada, habiendo calculado los riesgos de su acto. Por consiguiente, no es una agresividad de tipo emocional. Un caso específico de la agresividad controlada conscientemente es la agresividad instrumental, con la que el agresor pretende alcanzar un objetivo u obtener una recompensa. En la agresividad instrumental, el objetivo perseguido no es perjudicar ni herir a la víctima, al contrario que en la agresividad de tipo hostil o impulsivo (Berkowitz 1993, Geen, 2001). De hecho, en la agresividad de tipo impulsivo el agresor actúa de forma irreflexiva, no premeditada y sin haber reflexionado sobre los riesgos implicados en la conducta, en respuesta a una situación que el individuo interpreta como una amenaza o una provocación. Es un tipo de agresividad muy emocional, caracterizado por la ira.

2.2. Modelos teóricos de la agresividad

Se han propuesto varios modelos teóricos para explicar la agresividad. Algunos de estos modelos son:

– **La agresión como catarsis:** eliminación de la energía agresiva mediante su descarga a través de una conducta agresiva. En el caso de que el mecanismo de liberación catártica esté bloqueado, se producirá un aumento en la agresividad del sujeto, pero si se produce la catarsis, el sujeto se sentirá mejor y su agresividad disminuirá.

– **Teorías basadas en las estructuras cerebrales:** antes de que se utilizaran técnicas de neuroimagen para estudiar qué áreas podían estar implicadas en la conducta violenta y en las psicopatías, se realizaron estudios sobre la corteza cerebral y sobre las áreas subcorticales. Los estudios sobre la corteza cerebral sugirieron que la violencia estaba relacionada con un mal funcionamiento de la región frontal (Benson & Miller, 1997; Damasio, 1994) o temporal (Grisolía, 1997). Los estudios sobre las

regiones subcorticales revelaron que la amígdala, el hipocampo, el hipotálamo y la sustancia gris periacueductal están relacionados con la generación y la regulación de la agresión (Grisolía, 1997; Mirsky & Siegel, 1994). Los estudios con neuroimagen también han revelado que los lóbulos frontales y temporales presentan algunas deficiencias funcionales y estructurales en las personas violentas (Raine, 1993; Raine & Buschsbaum, 1996; Henry & Moffitt, 1997). Se han propuesto otras áreas y mecanismos cerebrales para explicar la agresividad, pero los autores solamente han mostrado acuerdo en las áreas previamente citadas.

– **Teorías etológicas:** este tipo de teorías se basan en los instintos para explicar la agresividad humana, de tal forma que los impulsos agresivos estarían determinados por la codificación genética humana. Para Lorenz (1963) la agresividad es un mecanismo adaptativo que garantiza la supervivencia de la especie: permite la selección sexual de los mejores miembros de la especie y distribuye adecuadamente los individuos dentro del hábitat disponible. Según este autor, los carnívoros disponen de mecanismos que les permite inhibir la agresividad, al contrario que los humanos (Morales, Vives 2007).

– **Hipótesis de frustración - agresión:** según esta teoría propuesta inicialmente en 1939 por J. Dollard, L. Doob, N. Miller, O. H. Mowrer y R. R. Sears, la frustración genera agresividad. Más específicamente, cuando un individuo no logra alcanzar su objetivo o no obtiene la recompensa deseada, se siente frustrado y reacciona de manera agresiva. Desde esta perspectiva, muy relacionada con la Psicología Social, el sector más desfavorecido de la población no se rebela cuando carece de esperanza. En cambio, en el momento que contempla la posibilidad de alcanzar mejoras, las restricciones en sus vidas dejan de resultar tolerables y aparece la frustración, que, a su vez, provoca protestas y rebeliones. Por otro lado, el efecto que tendrá la frustración sobre la agresividad depende, según los autores que propusieron esta teoría, de la cantidad de satisfacción que el individuo pensaba alcanzar inicialmente, del tamaño del impedimento que evita alcanzar esa satisfacción que el sujeto había anticipado y de la frecuencia de contrariedades que tenga que afrontar el individuo intentado lograr sus objetivos. Por lo tanto, cuanto mayores hubieran sido las expectativas del individuo, mayores impedimentos haya encontrado y cuanto más se repita esta situación, más frustración sentirá el individuo y con mayor agresividad reaccionará. De esta manera, si la frustración es pequeña, la reacción agresiva del individuo puede ser poco evidente o no explícita. Aunque inicialmente se defendió que no podía haber agresividad sin una frustración previa, en realidad la frustración no despierta agresividad necesariamente; hay personas que reaccionan de otras maneras ante una situación frustrante (Miller, 1941). Tampoco la frustración afecta de la misma manera a todos los tipos de agresividad. El caso más claro es el de la agresividad impulsiva vrs la agresividad instrumental, porque mientras la agresividad impulsiva es espontánea y podría estar influenciada por una frustración previa, la agresividad instrumental puede aprenderse a partir de la observación de las consecuencias que un acto agresivo puede reportar. Además, Buss (1988)

encontró en sus experimentos que la frustración es, en el mejor de los casos, un endeble antecedente causal de la agresión.

– **Teoría de la neosociación cognitiva:** esta teoría propone que en la memoria se establecen relaciones entre determinados recuerdos, pensamientos, emociones y tendencias conductuales (Collins & Loftus, 1975). Se instauran fuertes relaciones entre conceptos que son similares a nivel semántico y entre conceptos que frecuentemente se activan conjuntamente (por ejemplo, disparar y arma). Cuando un concepto se activa, esta estimulación se proyecta hacia los otros conceptos relacionados. Hay procesos cognitivos de primer orden, como la evaluación y las atribuciones, implicados en este sistema. Ante una situación concreta, el sujeto reflexiona sobre cuáles son sus sentimientos en aquel momento determinado y establece atribuciones causales para poder explicarlos. Al mismo tiempo, razona sobre cuáles son las consecuencias de actuar conforme a sus sentimientos. Todos estos pensamientos concretan los sentimientos y sensaciones del sujeto en ira, miedo, etc. y aumentan o disminuyen la probabilidad de actuar conforme los propios sentimientos. Berkowitz (1993) propuso que un suceso aversivo, como puede ser un olor desagradable, una temperatura elevada, una provocación, etc., despiertan un afecto negativo en el sujeto que, al mismo tiempo, puede estimular reacciones expresivo motoras, sentimientos y recuerdos. Algunas de estas reacciones están relacionadas con tendencias de lucha o con tendencias de huida. Estas dos tendencias se presentan al mismo tiempo, pero una puede ser más fuerte que la otra, por influencias genéticas o por aprendizaje. Las reacciones relacionadas con la lucha estimulan una experiencia primitiva o rudimentaria de ira y las reacciones relacionadas con la huida estimulan una experiencia primitiva o rudimentaria de miedo. Después aparecen sentimientos más elaborados a partir de procesos cognitivos de atribución y de evaluación. El sujeto intenta comprender y explicar su reacción inicial, y lo hace considerando su experiencia previa y las reglas sociales que definen la emoción apropiada en una situación particular. Este proceso matiza los sentimientos rudimentarios iniciales, intensificando o disminuyendo algunos de sus componentes. La ira rudimentaria se puede transformar en irritación, enfado o en ira, y el temor rudimentario se puede transformar en terror. Por consiguiente, los sentimientos iniciales pueden cambiar con el pensamiento. Finalmente, el sujeto puede asociar varios estímulos presentes durante el suceso aversivo con su reacción cognitiva o emocional, lo cual tendrá un efecto sobre la reacción del sujeto ante situaciones similares futuras. Aunque la teoría de Berkowitz (1993) se refiere principalmente a la hostilidad, también se puede relacionar con otros aspectos de la agresividad.

– **Teoría de la transferencia de estimulación (Excitation Transfer Theory):** Zillmann (1983) propuso que el arousal fisiológico desaparece lentamente. Si una persona se encuentra ante un hecho que despierta su ira, antes de que haya desaparecido todo el arousal correspondiente a una situación anterior, el arousal sobrante se transfiere a la nueva situación, aumentando la ira del sujeto. Si el sujeto ha atribuido su

arousal aumentado a la ira, esta ira puede permanecer un largo período de tiempo, de tal forma que el sujeto estará a punto para agredir tiempo después de que haya desaparecido aquello que provocaba su ira.

– **Teoría del guion (Script Theory):** Huesmann (1986, 1998) propuso que los niños aprenden pautas de comportamiento, definidos como guiones, en el ámbito de la agresividad a partir de la violencia que observan en los medios de comunicación. El guion le permite predecir qué sucederá probablemente y ofrece la mejor forma de actuar en ese caso. Las personas que han desarrollado guiones especialmente agresivos tienen una mayor probabilidad de reaccionar de forma agresiva ante un hecho determinado. Un guion es un conjunto de conceptos altamente relacionados, que implican relaciones causales, pautas de acción y objetivos (Abelson, 1981; Schank & Abelson, 1977).

– **Teoría del aprendizaje social:** esta teoría propone que, de la misma manera que se aprenden otros comportamientos sociales, las conductas agresivas se pueden aprender a partir de la propia experiencia y de la observación de la conducta de otras personas (Bandura, 1983, 2001). Concretamente, el individuo imita las conductas agresivas de otras personas después de la observación de los refuerzos y recompensas que siguieron a estas conductas. Aunque este proceso de aprendizaje se produce a lo largo de toda la vida, una de las etapas más importantes es la infancia. De hecho, las conductas de los padres constituyen, desde edades muy tempranas, modelos paternos que favorecen el aprendizaje de los roles asociados al género y a la conducta agresiva. Murphy (1988) encontró la agresividad tanto en hombres como en mujeres dependía de la agresividad maternal, mientras que otros autores obtuvieron que la presencia de violencia entre mujeres estaba condicionada por la experimentación de abuso físico por parte del padre (Follete & Alexander, 1992; Reuterman & Burcky, 1989).

– **Teoría de la interacción social:** ofrece una explicación de la conducta agresiva solamente a nivel social. Según esta teoría, las conductas agresivas se pueden explicar a partir de los beneficios o de los resultados que el agresor espera obtener con su conducta (Tedeschi & Felson, 1994). Estos objetivos pueden ser lograr reconocimiento social, obtener dinero, etc. Por lo tanto, un sujeto manifiesta una conducta agresiva cuando desea influir en la conducta ajena, con el fin de conseguir una cosa de valor o, en el caso de que crea que ha sido ofendido, para lograr una restitución de sus derechos.

– **El modelo general de agresividad:** este modelo pretende integrar las pequeñas teorías previas que intentaban explicar la agresividad. Por lo tanto, es una teoría que contempla el efecto de variables cognitivas, afectivas, situacionales, etc.

Concretamente, la teoría propone que ante un hecho concreto hay una serie de variables personales (rasgos del sujeto, como por ejemplo un tipo de elevada autoestima; el género; las creencias; los valores; los guiones; las actitudes y

los objetivos a largo plazo del sujeto) y situacional (presencia de indicadores de agresividad, como por ejemplo un arma; provocación sobre el sujeto; frustración; incentivos y drogas como la cafeína o el alcohol que aumentan la agresividad) que de entrada pueden despertar o incrementar la agresividad del sujeto, pero que no determinan su conducta final. Estas variables de entrada (input) generan un determinado estado interno en el individuo a través de su efecto sobre las cogniciones, la afectividad y el arousal. La relación entre el input y estos tres procesos tendrá un efecto al mismo tiempo sobre los procesos de decisión y la evaluación que realizará el sujeto sobre la situación. La interacción entre estos tres factores (el input, los procesos cognitivos, afectivos y de arousal, y finalmente la evaluación y toma de decisiones) dará lugar a la conducta final del sujeto (Anderson y Bushman, 2002).

2.3. Variables externas y agresividad

Diversos autores han estudiado como afectan variables de tipo externo a nuestra conducta en la vida diaria. En el caso de la agresividad se han identificado principalmente tres variables externas que pueden provocar o agravar la conducta agresiva: la temperatura, el ruido y el hacinamiento. De las tres variables, la que se ha relacionado más ampliamente con la agresividad es la temperatura. En general los resultados mostraban que las temperaturas elevadas incrementaban las conductas violentas (Leffingwell, 1892; Dexter, 1899). En estudios más recientes se ha encontrado también una relación lineal directa entre la temperatura y los delitos violentos, aunque esta relación es menor cuando se trata de delitos no violentos (Carlsmith & Anderson, 1979; Anderson & Anderson, 1984; Anderson, 1987).

La Teoría de la Actividad Rutinaria (Cohen & Felson, 1979) pretende explicar el motivo por el cual se cometen más crímenes en verano. Es una aproximación sociológica que propone que los cambios que se producen en verano respecto los patrones de conducta y las rutinas de los individuos, tales como el aumento del consumo de alcohol y la reducción de la vigilancia, podrían explicar el aumento de conductas violentas. Aunque estudios como los de Cohen & Felson (1979) y Field (1992) han apoyado esta teoría, otros estudios han obtenido resultados opuestos (Michael & Zumpe, 1986).

La teoría denominada Modelo simple de efecto negativo (Anderson & Anderson, 1984) propone que tanto las temperaturas elevadas como las bajas temperaturas aumentan la agresividad. Por lo tanto, la relación entre estas dos variables constituiría una U invertida. Pero algunos de los estudios realizados sobre el efecto del frío sobre la agresividad no han encontrado que exista esta relación, quizás porque el frío se combate más fácilmente que el calor, con ropa, sistemas de calefacción, fuego, etc. (Anderson & Anderson, 1998). El Modelo de efecto negativo-huida (Baron & Richardson, 1994) también sostiene que tanto el frío como el calor inciden

en la agresividad, pero añaden que se debe al efecto negativo que las temperaturas extremas provocan en el individuo.

De acuerdo con la teoría, a medida que la temperatura resulta más desagradable, por frío o por calor, aumenta también el efecto negativo. Luego, las temperaturas extremas provocarían un efecto negativo en el individuo que, a su vez, repercutiría en la agresividad. El efecto negativo influye en la agresividad de la siguiente manera: cuando el efecto negativo es moderado y aumenta la temperatura, el sujeto tiende a reaccionar de forma más agresiva (Anderson & De Neve, 1992; Baron, 1972; Bell & Baron, 1977).

En segundo lugar, otra de las variables externas que, según ciertos autores, podría afectar a la agresividad es el ruido. De hecho, los niveles elevados de ruido inciden en el individuo a múltiples niveles: afectan a la audición, aumentan el estrés, disminuyen el rendimiento, etc. Diversos estudios apoyan la relación entre el ruido aversivo y la agresividad.

También se ha propuesto que el hacinamiento es otra de las variables externas que afectan a la agresividad, en el sentido de que el exceso de personas en un lugar predispone a la agresividad y al padecimiento de enfermedades mentales. (Christian, 1963).

2.4 Agresividad y género

Aunque los primeros estudios realizados sobre agresividad y género proponían que los hombres eran mucho más agresivos que las mujeres, los estudios realizados posteriormente, considerando los diferentes tipos de agresión existentes, mostraron que aunque ambos géneros son igual de agresivos, la manifestación de esta agresividad es diferente, al menos en el caso de niños y adolescentes (Björkqvist & Niemela, 1992; Galen & Underwood, 1997). Concretamente, los varones mostraban mayor agresividad física y, en algunos estudios, también presentaban mayor agresividad verbal, mientras que las chicas presentaban mayores niveles de agresividad indirecta, con conductas del tipo cotilleo negativo, ostracismo, falta de respeto por las confidencias ajenas, y críticas sobre la vestimenta, apariencia o personalidad de otras personas. Estos estudios señalaban que este tipo de agresividad indirecta podía tener efectos igual de negativos, o incluso más, que la agresividad manifestada por los varones. La motivación de estas conductas solía ser combatir el aburrimiento, perjudicar a la otra persona o los celos de la apariencia física o de las personas que frecuentaban (Owen, Shute & Slee, 2000). En otro estudio realizado con una muestra formada por niños y adolescentes, encontraron que los niveles de agresividad física y verbal en los chicos eran superiores a los que presentaban las chicas, aunque se encontraron pocas diferencias respecto a la agresividad indirecta. Además, los autores dividieron la muestra en los siguientes cinco clusters: agresividad baja, agresividad media, agresividad extrema, agresividad

directa elevada, agresividad indirecta elevada. El clúster compuesto por sujetos con baja agresividad estaba formado mayoritariamente por chicas, y el clúster con los sujetos que presentaban mayores niveles de agresividad indirecta estaba formado únicamente por chicas. Según los resultados de este estudio, los chicos agresivos tendían a manifestar comportamientos agresivos directos (físicos y verbales), pero también indirectos, mientras que las chicas agresivas presentaban comportamientos agresivos predominantemente indirectos (Salmivalli & Kaukiainen, 2004).

Los resultados obtenidos en los estudios realizados con personas adultas son más difíciles de interpretar porque, aunque la mayoría de los estudios coinciden en que los niveles de agresividad física son mayores en los hombres, en el caso de la agresividad indirecta se han obtenido resultados contradictorios. Por ejemplo, Archer (2004) realizó un meta-análisis sobre las diferencias de género en la agresividad indirecta y concluyó que no existían tales diferencias en adultos jóvenes. En otro estudio se obtuvo que eran los hombres los que presentaban mayores niveles de agresividad indirecta. En cambio, un estudio reciente de Hess & Hagen (2006) revela que las mujeres jóvenes manifiestan más deseos de agredir indirectamente que los hombres jóvenes.

De hecho, es posible que en algunos estudios no se encuentren diferencias de género en la agresividad indirecta a causa de la presión social asociada a la agresividad física, la cual favorecería que los hombres substituyeran en cierta medida la agresividad física por la agresividad indirecta. Igualmente, puede ser que las mujeres no presenten mayores niveles en agresividad física a causa de condicionantes sociales. (Morales vives, 2007)

Algunos estudios señalan que las diferencias de género en la agresividad podrían ser, en cierta medida, producto de diferencias biológicas. De hecho, algunos de los investigadores que señalaron que los hombres eran más agresivos que las mujeres explicaban esta diferencia a partir de la influencia de las hormonas, especialmente de la testosterona (Dabbs & Morris, 1990; Mazur & Booth, 1998).

Los hombres cometen crímenes violentos en mayor medida que las mujeres (Stephenson, 1995). Respecto los tipos de agresividad propuestos por Buss & Perry (1992), la mayoría de los estudios coinciden en que el hombre presenta más agresividad física que la mujer (Buss & Perry, 1992; Andreu, Peña & Graña, 2002; Garcia-León, Reyes, Vila, Pérez, Robles & Ramos, 2002; Nakano, 2001). Respecto a la agresividad verbal, diversos estudios han indicado que los niveles son superiores en el hombre (Buss & Perry, 1992; Nakano, 2001; García-León et al. 2002), pero otros estudios no han encontrado diferencias significativas (Rodríguez, Peña & Graña, 2002; Morales Vives, 2003).

2.5. Relaciones entre agresividad e impulsividad: el modelo de E. Barratt sobre la agresividad impulsiva

El creciente interés que tanto la impulsividad como la agresividad han despertado durante los últimos años, la agresividad impulsiva también ha sido objeto de atención y de estudio, especialmente porque los sujetos agresivos impulsivos o que presentan episodios de furia explosiva pueden representar un peligro tanto para sí mismos como para sus familias y para la sociedad (Felthous, 1998; McCown, Johnson & Shure, 1993; Scarpa & Raine, 2000). Este tipo de sujetos manifiestan episodios de agresividad desproporcionados en relación con el antecedente causal que los ha originado, y la intensidad de estos episodios puede oscilar entre la agresividad verbal y el homicidio (Stanford, Greve & Dickens, 1995). Tradicionalmente se ha relacionado la impulsividad con la agresividad impulsiva, principalmente porque la impulsividad puede favorecer que la persona reaccione de manera agresiva, especialmente con ira.

Diversos autores consideran también que la impulsividad es el mejor predictor del trastorno antisocial y de la conducta delincuente en el adulto (Knorrning & Ekselius, 1998; Tremblay, Pihl, Vitaro & Dobkin, 1994). De hecho, en un estudio longitudinal realizado por Klinteberg, Andersson, Magnusson & Stattin(1993) se encontró que la impulsividad era un predictor directo de la delincuencia con violencia en una cohorte de hombres de 13 a 26 años.

Según los autores que defendían esta teoría, el sistema límbico, responsable del control de las emociones, era el responsable de esta agresividad impulsiva (Elliot, 1977). Este tipo de conducta se vinculó al trastorno explosivo intermitente, porque además de producirse de forma impulsiva, en muchos casos el agresor no recordaba posteriormente qué había hecho durante el episodio violento.

Desde el ámbito de la Psicología Social se ha propuesto que en este tipo de agresividad debe intervenir algún tipo de aprendizaje, porque a pesar de que el sujeto pueda sentirse molesto en una situación social, el episodio violento no aparece hasta que se encuentra en privado con la otra persona, que suele ser la propia pareja o algún miembro de la familia (Dutton, 1997). Por consiguiente, es una conducta dirigida hacia determinadas personas en determinadas circunstancias.

Existe evidencia empírica de la naturaleza multidimensional de la agresividad impulsiva, que incluye características neurofisiológicas, neuroendocrinas, neuroanatómicas, psicofarmacológicas, psicosociales, etc. (Felthous, 1998). Por ejemplo, un estudio realizado mediante Tomografías por Emisión de Positrones concluyó que una regulación defectuosa prefrontal podría constituir una explicación para los impulsos agresivos generados a nivel subcortical (Raine, Meloy, Bihrlé, Stoddard, LaCasse & Buchsbaum, 1998). También se ha encontrado una relación entre los niveles bajos de serotonina y las conductas impulsivas y agresivas (Berman & Coccaro, 1998).

3. Teoría de Barratt sobre la agresividad impulsiva

Según Barratt (1994), la agresividad se puede clasificar en tres categorías básicas: agresividad premeditada o adquirida, agresividad por motivos médicos y agresividad impulsiva. El primer tipo de agresividad comprende aquellas conductas agresivas adquiridas en el contexto social a lo largo del tiempo. Por lo tanto, son conductas que varían a través de las culturas. En la cultura occidental algunos ejemplos de conductas agresivas adquiridas pueden ser las guerras y algunos deportes (fútbol o boxeo). Los homicidios planificados también constituirían un ejemplo de agresividad premeditada. La agresividad por motivos médicos es aquella que constituye un síntoma de alguna patología (alteraciones neurológicas, daños cerebrales, trastornos mentales, etc.). Finalmente, la agresividad impulsiva se refiere a las conductas agresivas que pueden presentar las personas impulsivas a causa de la falta de control de los propios impulsos o por la falta de reflexión antes de actuar. Este tipo de agresividad, relacionado con la dimensión impulsividad de la personalidad, se caracteriza por la tendencia a responder agresivamente sin pensar en las consecuencias, manifestando después con frecuencia sentimientos de culpa y de arrepentimiento que no evitan que este tipo de episodios se produzcan nuevamente. Según Barratt (1991), las personas con agresividad impulsiva pierden fácilmente los nervios y presentan dificultades para controlar determinadas conductas. Los tres tipos de agresividad no son excluyentes; la conducta agresiva de un sujeto en un momento determinado puede estar relacionada con uno o más de los tres tipos de agresividad.

De hecho, los sujetos con una elevada impulsividad presentan dificultades para inhibir su respuesta agresiva. Por consiguiente, mientras que la ira tendría implicaciones sobre todo a nivel emocional, la impulsividad se relacionaría con el control conductual y situacional. De todas formas, las investigaciones indican que la impulsividad y la ira-hostilidad, aunque están implicadas en la agresividad impulsiva, son necesarias pero no suficientes para provocar agresividad impulsiva (Barratt & Slaughter, 1998). De hecho, existen otras variables implicadas en este tipo de agresividad, como un pobre procesamiento de la información y disfunciones en el lóbulo parietal (Barratt & Slaughter, 1998; Barratt, Stanford, Kent & Felthous, 1997). McMurran, Blair & Egan (2002) realizaron un estudio con población no delincuente y obtuvieron que los niveles elevados de impulsividad se relacionaban con una pobre resolución de problemas sociales y, a su vez, la pobre resolución de problemas sociales implicaba agresividad. Por otro lado, se ha hipotetizado que la impulsividad está relacionada con el funcionamiento del lóbulo frontal (Gray, 1987). De todas formas, los correlatos neurales específicamente implicados en la impulsividad o en los episodios agresivos aún no han sido del todo establecidos (Barratt, 1991).

4. Características psicológicas del privado de libertad

4.1 Psicología positiva

La psicología positiva, que es una rama de la psicología cuyo objeto de estudio son las características positivas como la alegría, el sentido del humor, el optimismo, la creatividad, la esperanza, la certidumbre, la confianza, etcétera, que permiten dar cuenta, que éstas son una realidad de los seres humanos y que, por lo tanto, merecen ser estudiadas científicamente para explicar cómo actúan en las personas y cómo se puede alcanzar la felicidad (Pardina 1999, citado en Kholer, 2004). La misión de esta rama psicológica es la de potenciar a las personas y sociedades a que prosperen sin centrarse sólo en lo patológico (Padrós, 2002).

La psicología tenía como objetivo hacer la vida de las personas productiva relevando la inteligencia y el talento de los sujetos, a fin de que éstos fueran valorados positivamente y contribuyeran con un actuar más asertivo, corriente conocida entonces como ortopsicología (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Kholer, 2004); la lógica era relevar lo que realmente trasciende en el ser humano, objetivo que se perdió tras la guerra, volviendo a centrar su estudio –la psicología– sólo en el sufrimiento de las personas (Vera, 2006).

4.2 Emociones positivas

Fredrickson (1998) supone un bagaje de emociones positivas que dotan a la persona emocionalmente de forma que le resulte más fácil controlar los impulsos, posponer las gratificaciones, contrastar y reconocer mejor sus sentimientos y aprender a tomar las decisiones más adecuadas. Según este autor, las emociones positivas favorecen la construcción de recursos personales para afrontar situaciones difíciles o problemáticas sosteniendo que, todas ellas además de aumentar momentáneamente el repertorio de pensamientos y acciones, también tienen un efecto en la mejora de los recursos físicos, intelectuales y sociales de la persona (Fredrickson, 2001).

4.3 El optimismo

El optimismo es una de las características positivas del hombre, que ha sido estudiada por los psicólogos de la corriente positiva (Peterson y Bossio, 1991; Adams, 2000; Vaughan, 2004; Avia y Vásquez, 1999, citado en Kholer, 2004), quizás por ser un potenciador del bienestar y la salud de los seres humanos (Seligman, 2002), o quizás porque ya en 1967, Beck (citado en Vera, 2006) evidencia cómo el pesimismo se encuentra a la base de la depresión siendo este cuadro uno de los grandes males que aqueja a la sociedad actual y cómo una mirada menos pesimista del problema actuaría como una barrera protectora. Así, por ejemplo, se ha estudiado que el

desarrollo del optimismo previene la depresión (Seligman, Schulman, DeRubeis y Hollon, 1999).

Según algunos investigadores, pensar sobre el futuro, esperar que ocurran los resultados esperados, actuar de forma que esos resultados esperados sean más probables y confiar en que los esfuerzos que se realicen merecen la pena, provoca buen ánimo y acciones dirigidas a la consecución de objetivos (Peterson y Seligman, 2004). Si bien, el optimismo es un rasgo dinámico que está ligado al manejo emocional, y mediatizado también por eventos contextuales, se esperaría que una persona que vivencia una situación compleja, sea capaz de enfrentarla con una postura que inste al logro de metas, es decir, a la confianza en la superación de dicha experiencia. En este sentido, el optimismo favorecería la supervivencia de la especie humana (Taylor, 1989) ya que promueve una postura confiada en el logro de metas y en la superación de situaciones difíciles (Chico, 2002; Guerrero y Vera Villarroel, 2003).

Muchas personas creen que mantener una actitud positiva ante una situación difícil, hará que dicha situación desaparezca, lo cual no es verdad; así, un optimista es aquél que cuando le sale mal algo o quiere conseguir algo, se plantea “que es lo que yo tengo que hacer o cambiar en esta situación”, mientras que un pesimista es aquél que se ve a sí mismo como impotente ante un mundo adverso, o a merced de su propio carácter, que le es imposible cambiar.

Los efectos del optimismo están mediados especialmente a nivel cognitivo: un optimista es más probable que ejecute hábitos que mejoren la salud y aseguren el apoyo social, aunque es posible que los estados emocionales positivos afecten directamente al curso de cualquier enfermedad que padezca; así también, la orientación hacia el futuro de un sujeto optimista, está asociada con la conciencia, la diligencia y la capacidad para retrasar gratificaciones, probablemente asociadas al mantenimiento del bienestar subjetivo, según algunos autores (Agarwal, Tripathi y Srivastava, 1983, citado en Peterson y Seligman, 2004).

Según concepciones teóricas, existirían tipos o formas de manifestación del rasgo de optimismo: el optimismo disposicional, el optimismo situacional, el optimismo defensivo y el optimismo proactivo. El optimismo disposicional es un estilo de enfrentar la vida que involucra una disposición positiva para todo evento, circunstancia o contexto (Sheier y Carver, 1987), así las expectativas positivas aumentan el esfuerzo de la persona por superar una situación compleja (Remor, Amorós, Carrobbles, 2006); mientras que el optimismo situacional surge frente a un evento estresante y que permite enfrentar de mejor forma dicho evento en específico, de forma puntal, como respuesta a esa situación (Sheier y Carver, 1987). Algunos estudios postulan la existencia de un optimismo defensivo y proactivo. El optimismo defensivo corresponde al intento del individuo por minimizar la inquietud sobre un comportamiento frente al cual uno se siente capaz de cambiar.

El optimismo proactivo fomenta el cambio positivo del comportamiento en general (Segerstrom Mc Carthy, Caskey, Gorrs y Murray 1993).

También existiría un tipo de optimismo denominado irrealista, que es de carácter adaptativo y se asocia a personalidades mentalmente sanas, que se evalúan mejor, son personas preocupadas por otros, más persistentes y creativos para enfrentar sus metas y enfrentan de mejor forma la vida, pero puede interferir con la percepción objetiva de riesgos externos evitando que las personas tomen las medidas necesarias para evitarlos (Shelley, Taylor, Kemeny, Aspinwall, Schneider, Rodríguez y Herbert, 1992).

Avia y Vásquez (1999, citado en Cuadra y Florenzano, 2003), postulan que existe el optimismo inteligente que sería el más conveniente por ser el más realista de todos; el absoluto e incondicional como forma de escape patológico y el blando que promueve la pérdida de estrategias protectoras.

En términos generales el optimismo es una disposición a enfrentar de manera positiva la vida teniendo como consecuencia el bienestar físico y psicológico de la persona, debido a que evita caer al sujeto en estado de desesperación o depresión frente a las adversidades (Kholer, 2004).

Otra investigación que vincula el optimismo con el malestar físico/ira demuestra que un mayor optimismo se asocia a una menor frecuencia e intensidad de síntomas físicos, y que la ira, por el contrario, se vincula positivamente al aumento de síntomas físicos percibidos; así, alto optimismo, y baja ira, serían un buen predictor de la percepción baja de malestares físicos (Remor, Amorós, Carrobles, 2006).

Las personas optimistas reconocen sus problemas –en el contexto de una condena, sería el estar privado de libertad-, pero tienen esperanza y crean estrategias de acción para afrontar dicha realidad (Cuadra y Florenzano, 2003). Esa esperanza podría ser atribuida a un rasgo disposicional que estaría a la base de la interpretación subjetiva que se realiza de las situaciones difíciles (Cuadra y Florenzano, 2003). Así, Peterson (2000 citado en Kholer, 2004) demuestra que son los fuertes sentimientos de alcance de logros los que actuarían como motivadores para volver a ejecutar una acción, en la lógica del éxito. Así, el sentirse optimista disminuye la estrechez o baja en el repertorio conductual (Kholer, 2004) aumentando la probabilidad del aumento de la acción sobre la base del pensamiento de éxito.

4.4 La impulsividad

Las personas impulsivas muestran menos ansiedad por cometer errores y orientación hacia el éxito rápido, más que a evitar el fracaso, tienen bajos estándares de rendimiento y menor motivación por tareas que implican aprender (Jara y Ferrer, 2006). Desde una perspectiva general, las personas impulsivas se dejan llevar por

sus emociones sin pensar en las consecuencias de sus actos, es decir, sin mucha reflexión tras sus conductas.

La impulsividad también ha sido asociada con conductas de riesgo en población general (Stanford et al., 1997 citado en Smith et al., 2006) tales como la adicción al internet (Young, 1998 citado en Mottram et al., 2009) y el excesivo uso de celulares (Billieux et al, 2008). Asimismo, se le considera un síntoma de diferentes desórdenes tales como: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), Trastorno obsesivo compulsivo (TOC), Trastornos bipolares y el Trastorno antisocial de la personalidad (American Psychiatric Association, 2002). Además, la impulsividad forma parte de un capítulo especial llamado Trastornos de control de los impulsos no clasificados en otros apartados (American Psychiatric Association, 2002). Esta sección incluye el Trastorno explosivo intermitente, la Cleptomanía, la Piromanía, la Ludopatía, la Tricotilomanía y el Trastorno del control de los impulsos no especificado (American Psychiatric Association, 2002).

En poblaciones clínicas, la escala de Impulsividad de Barratt ha sido ampliamente aplicada en investigaciones relacionadas con desórdenes en el Eje I, en personas con intentos suicidas así como en aquellas que presentan abuso de sustancias (Stanford et al., 2009). Se ha hallado que adultos dependientes al uso de cocaína (Lane et al., 2007) al igual que aquellos usan éxtasis (Bond et al., 2004) obtienen puntuaciones elevadas en el BIS -11. Las personas diagnosticadas con ludopatía y que en su niñez presentaron TDAH (Rodríguez-Jimenez et al., 2006 citados en Stanford et al., 2009) generalmente obtienen mayores puntajes en el BIS. Por otro lado, se ha indicado que los sujetos con Trastorno obsesivo-compulsivo (American Psychiatric Association, 2002) puntúan significativamente alto en el factor impulsividad atencional (Ettelt et al., 2007) ya que las obsesiones agresivas y la constante verificación se encuentran asociadas a este factor (Ettelt et al., 2007).

Los puntajes de la prueba varían desde 30 hasta 120 y no hay un punto de corte establecido tal como lo señala Von Diemen et al. (2007). Al respecto, Stanford et al. (2009) señala que en previos estudios han usado el puntaje de 74, el cual es una desviación estándar por encima de la media reportada en Patton et al. (1995), para designar que un individuo posee alta impulsividad.

Gomá (1995 citado en Herrero y Colom, 2006) encontró que una muestra de internos que cumplía condena por robos con violencia obtuvo puntajes mayores en impulsividad que el resto de la población general, sin conductas antisociales, de iguales características de edad y sexo.

Los resultados a los estudios expuestos precedentemente en la población penal, demuestran que la impulsividad es una constante de sujetos que delinquen y privados de libertad, pero hay que considerar que los estudios se apoyan o vinculan a muestras que no son representativas de toda la población penal existente (Herrero y Colom, 2006), por lo tanto, es importante aclarar que la impulsividad a la base de

conductas desinhibidas o arriesgadas de quién delinque y está encarcelado, pudiera tener a la base el consumo de droga o un síndrome de abstinencia o quizás tenga que ver con la experiencia de encarcelamiento, que los hace ser más impulsivos (Herrero y Colom, 2006) y puntuar más alto al momento del examen.

Archer (2004) realizó un meta-análisis sobre las diferencias de género en la agresividad indirecta y concluyó que no existían tales diferencias en adultos. En otro estudio se obtuvo que eran los hombres los que presentaban mayores niveles de agresividad indirecta (Tomada & Schneider, 1997). En cambio, un estudio reciente de Hess & Hagen (2006) revela que las mujeres jóvenes manifiestan más deseos de agredir indirectamente que los hombres jóvenes.

Numerosos estudios coinciden en que la diferencia entre hombres y mujeres respecto a la agresividad está relacionada en mayor medida con la forma de expresar esta agresividad que con los niveles reales de agresividad que presentan (Björkqvist, Lagerspetz & Kaukiainen, 1992; Lagerspetz, Björkqvist & Peltonen, 1988). En este sentido, diversos estudios señalan que la agresividad directa es más común en hombres que en mujeres (Baron & Richardson, 1994; Harris, 1995). Igualmente, los hombres cometen crímenes violentos en mayor medida que las mujeres (Stephenson, 1995). Respecto los tipos de agresividad propuestos por Buss & Perry (1992), la mayoría de los estudios coinciden en que el hombre presenta más agresividad física que la mujer (Buss & Perry, 1992; Andreu, Peña & Graña, 2002; García-León, Reyes, Vila, Pérez, Robles & Ramos, 2002; Nakano, 2001). Respecto a la agresividad verbal, diversos estudios han indicado que los niveles son superiores en el hombre.

Los resultados de diversos estudios psiquiátricos indican que la mujer manifiesta el distrés mediante la interiorización, presentando mayor propensión a la ansiedad y la depresión, mientras que el hombre es más propenso a exteriorizar el malestar y el distrés, presentando mayor abuso de sustancias y conductas agresivas (Robins & Regier, 1991; Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes, Eshleman, Wittchen & Kendler, 1994). Estas diferentes reacciones ante el malestar podría explicar en parte por qué las mujeres manifiestan la ira y la hostilidad de forma diferente que los hombres.

La relación entre impulsividad no planeada-atencional con la escala de afecto positivo manifestaría una tendencia que a mayor vivencia de afecto positivo habría una mayor preocupación por la planificación de las acciones futuras. Este hallazgo guardaría relación con lo mencionado por Diener (1998 citado en Prada, 2005) quien señaló que uno de los mejores predictores del bienestar de las personas son las metas significativas que estas posean.

La relación observada entre impulsividad motora-atencional con la escala de afecto positivo podría indicar que las personas que buscan obtener recompensas inmediatas de su entorno a través de la realización de actos impulsivos experimentaron menos

episodios de estado de ánimo positivo. Este hallazgo concuerda con lo señalado por Shang-Ping et al. (2009) quienes consideran que las personas impulsivas tienden a querer recibir (experimentar) recompensas (situaciones placenteras) sin demora con el objetivo de experimentar afectos positivos.

4.5 El sujeto que delinque: características psicológicas

Muchos estudios centran su interés en tipologías de delitos y desde ahí buscan establecer peculiaridades del carácter, del acto y de la forma de comisión, lo que permite configurar de acuerdo a su naturaleza el tipo de delito y el tipo de delincuente asociado a ese delito (Seelig, 1965).

Lykken (1995, citado en Herrero, 2006) expuso que el comportamiento antisocial necesariamente se correlaciona de forma positiva con la expresión elevada de rasgos temperamentales, que estarían a la base de la búsqueda de sensaciones, de impulsividad y de ausencia del miedo, ello dificultaría el proceso de socialización impidiendo la toma de conciencia de parte de estos sujetos.

Asimismo, es importante señalar que existen investigaciones que concluyen que el consumo de alcohol o drogas por sí solos, no es suficiente para explicar una conducta delictiva, a saber, siempre hay que considerar los rasgos de personalidad de ese sujeto y las circunstancias que rodean al delito (Blackburn, 1993; Lang y Sibrell, 1989). Romero (1999, citado en Sierra, Jiménez y Buela-Casal, 2006) plantea que las principales corrientes de estudio sobre factores psicológicos explicativos de la conducta criminal se dividen en aquellas que destacan los factores de carácter psicosocial (influencia de los contextos de socialización) y aquellas que destacan las características más individuales. En esta segunda línea, las variables de personalidad más estudiadas como posibles predictoras de la conducta se dividen en una perspectiva temperamental y una corriente socio-cognitiva. En la primera se propone, entre otros aspectos, que las dificultades para reflexionar antes de actuar o para considerar las consecuencias negativas de la conducta ponen al individuo en riesgo de implicación delictiva. En el polo socio cognitivo se han encontrado resultados contradictorios respecto de la relación entre autoestima y conducta antisocial, así como datos poco consistentes para explicar la relación que presenta con las habilidades sociales. Sin embargo, sí existe consenso para señalar que son múltiples los factores implicados en la conducta criminal y en la necesidad de estudiar los efectos moduladores (de interacción) entre diferentes factores (Sierra, Jiménez y Buela-Casal, 2006).

C. Marco Legal

1. Privación de libertad y delito

Los orígenes de la cárcel se remontan al tiempo de la presidencia del General Manuel Bulnes (1843) que implicó años después, la creación de un grupo del Ejército, denominado Guardia Especial cuya función era custodiar a los “prisioneros” nombre que se le adjudicó a quiénes estaban en “prisión” cumpliendo una pena efectiva por la imputación de un delito (Olmo, 2000).

La población penitenciaria ha sido estudiada, con el propósito de visualizar características diferenciales en relación al resto de la población; Herrero (2002, citado en Herrero y Colom, 2006) observó que la población penitenciaria muestra ausencia del miedo y alta búsqueda de sensaciones, así como rasgos de temperamento elevados.

En este mismo orden de ideas, Gomá (1995 citado en Herrero y Colom, 2006) encontró que una muestra de internos que cumplía condena por robos con violencia obtuvo puntajes mayores en impulsividad que el resto de la población general, sin conductas antisociales, de iguales características de edad y sexo.

A la hora de hablar de conducta delictiva distinguimos entre delitos violentos, en la que se incluyen asesinatos, homicidios, detenciones ilegales, agresiones sexuales, robo con violencia, lesiones y coacciones; y delitos no violentos en las que se incluyen delitos contra la salud pública (tráfico de drogas), hurto, robo, amenazas, falsedad y estafa (Vásquez Barbosa, 2012).

En palabras de Esbec y Echeburúa (2010) la mayoría de las personas con un trastorno de personalidad no son violentas ni lo han sido nunca, sino que más bien son más propicias a convertirse en víctimas, ningún trastorno de personalidad está asociado necesariamente a conductas violentas de forma permanente y un trastorno de personalidad no explica por sí solo la conducta violenta.

El número de homicidios en El Salvador está en los niveles más altos de América Latina hasta marzo de 2012. La tendencia ha sido hacia el incremento en el número de homicidios y extorsiones en el país en los últimos años. La mayoría de estos homicidios y extorsiones se consideran parte del crimen organizado según la ley salvadoreña (ver Fig. 1).

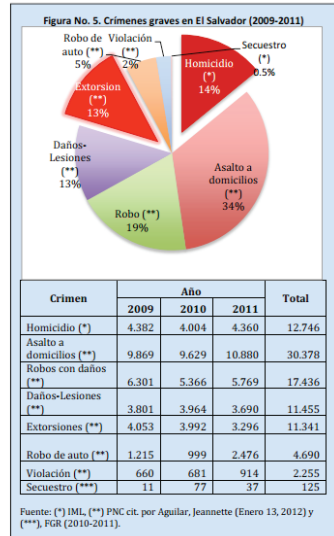


Figura. 1 Crímenes graves en El Salvador (2009-2011)

2. Reos: optimismo e impulsividad

Se podría hipotetizar que, para cualquier persona estar privado de libertad, tras una resolución condenatoria, alejado de la familia, del trabajo, de estudios, de amigos, pudiera ser un factor predisponente a un cuadro depresivo, por ejemplo, que lógicamente inhibiría el actuar frecuente o normal de esa persona. Sin embargo, personas con conductas de reincidencia delictiva que han pasado por condenas efectivas, no parecen haber mermado su intención de acción tras el encarcelamiento, volviendo a reincidir, arriesgándose a una nueva condena.

Si se estima que la depresión muestra a su base pensamientos pesimistas, que inhiben el actuar por la percepción del no logro de metas o expectativas, y que el optimismo, por el contrario, apoya el actuar con certidumbre como fuera definido en apartados anteriores en el presente estudio, además de la tendencia a esperar buenos resultados de los actos (Kholer, 2004), podría decirse que los delincuentes reincidentes son personas optimistas; a entender, los delincuentes reincidentes vuelven a involucrarse en actos delictivos, aún a costa de que puedan ser detenidos y encarcelados; la explicación: quizás suponen que no serán descubiertos y actúan con certidumbre en búsqueda de éxito.

8. Tal y como queda señalado posteriormente en este estudio, dado el alto número de crímenes que no se denuncian, es probable que los datos existentes subestimen la tasa real de crímenes en El Salvador. La falta de denuncia es un serio problema en el país debido a los bajos niveles de confianza de los ciudadanos en las instituciones de Seguridad y Justicia. Esta circunstancia agrava el problema de la ausencia de estadísticas criminales confiables, que se convierte en uno de los obstáculos más significativos para la formulación de políticas públicas basadas en evidencias empíricas en El Salvador y en la región. Una encuesta realizada en febrero de 2012 demostró que el 61.2% de los crímenes no se denuncian porque las víctimas deciden no hacerlo.²⁴

9. El número de víctimas de extorsión aumentó significativamente de 2009 a 2011. Según los datos de la PNC, entre 2005 y 2011 el número de extorsiones se incrementó drásticamente - de 493 casos en 2005 a 3.296 casos en 2011 - con un aumento del 668%. El número total de extorsiones fue incluso más alto en 2010, si bien descendió ligeramente en 2011.

Volviendo a los rasgos, cabe señalar que, las personas optimistas reconocen sus problemas —en el contexto de una condena, sería el estar privado de libertad—, pero tienen esperanza y crean estrategias de acción para afrontar dicha realidad (Cuadra y Florenzano, 2003).

3. Perfiles psicológicos del drogodependiente

3.1 Drogas y Toxicidad (ver anexo 8)

“Llámense drogas o medicamentos, estos compuestos, aun en cantidades relativamente pequeñas, pueden lesionar e incluso llegar a matar. Como a una sustancia de tales características la llamamos ‘veneno’, es propio de todas las drogas ser venenosas o tóxicas. Escotado (2001). La diferencia entre medicamento y droga no solo estriba en la sustancia en sí, sino también en la expectativa de uso. Fármacos como las benzodiacepinas o los opiáceos, de amplio uso como medicamentos, son también muy frecuentemente utilizados, con pautas de autoadministración, como drogas (Hervás, 2002). Hoy día, por droga entendemos todas las drogas, las duras y las blandas, sin distinción, y se han superado definiciones como la de Miller (1991) que matiza entre las drogas que son legales y las ilegales, diferenciación que casi ha quedado para uso restringido en cuestiones jurídicas.

Droga, según el diccionario de psicología Larousse (2003), es una “sustancia de acción psicótropa, cuyos efectos pueden ser narcóticos, estimulantes, deprimentes o alucinógenos. El uso prolongado de estas sustancias provoca tolerancia, habituación y adicción”.

3.2 Uso y hábito

Actualmente, se emplea el término uso cuando no hay complicaciones, problemas o sufrimiento para la persona. Es decir, se trata de un uso ocasional, cultural, un uso definido para una situación definida, un uso esporádico (Pérez y Martín, 2007). El uso, por lo tanto es la simple utilización, en momentos puntuales, con la intención de probar tan sólo o el capricho de atesorar una experiencia esporádica.

Este tipo de uso suele ser en dosis moderadas. El siguiente escalón del continuum, lo encontramos en el hábito, que consiste en una “realización, casi automática, de actividades o acciones”, Larousse (2003). Esta definición aporta la idea de repetición de la adicción que resulta de gran interés.

El hábito, es un consumo más frecuente, el cual queda perfectamente ejemplificado en el hábito de tomar café, o sea, en el consumo de cafeína. Se trataría de la costumbre de consumir una sustancia, por la adaptación a sus efectos. Habría un deseo del producto, pero nunca se vivenciaría de manera imperiosa. No existe una tendencia a aumentar la dosis, ni se padecen trastornos físicos o psicológicos

importantes cuando la sustancia se consigue, por lo que su búsqueda suele ser limitada y nunca deriva en alteraciones conductuales (Graña, Muñoz y Navas, 2007).

3.3. Abuso

Se habla de abuso cuando hay exceso, cuando hay un uso continuado, regularizado, que aumenta, se incrementa, empleando en ello bastante tiempo, de forma tal que la persona comienza a evitar determinadas situaciones sociales y siente angustia (Pérez y Martín, 2007). En el caso del abuso, ya encontramos consecuencias a nivel social, biológico y psicológico; de alguna manera es un paso intermedio de consecuencias más leves que las que se puede padecer en el siguiente escalón: la dependencia.

El Real Colegio de Psiquiatras Británico formuló en 1987 la siguiente definición: “se entiende por abuso cualquier consumo de sustancias químicas que dañe o amenace con dañar la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general”. Asimismo, se considera abuso el consumo de cualquier sustancia clasificada como ilegal.

Según el DSM IV-TR, para diagnosticarse abuso, la persona, debe haber abusado continuamente durante doce meses o bien debe ser persistente. Según el CIE 10, “el abuso” es entendido como un “consumo perjudicial”. Al igual que ocurría con el hábito, al abuso también se le puede aplicar un amplio abanico de matices y subtipos.

3.4. La dependencia

Podemos explicar la dependencia desde muchos puntos de vista y de muchas maneras, desde las fijaciones a un objeto que calma la angustia hasta mediante el condicionamiento clásico y operante.

En ocasiones podemos encontrar que la dependencia es una definición confusa, ya que es posible hablar de dependencia psíquica y, en otras ocasiones, de dependencia física, o incluso de dependencia social, aunque realmente todas se dan conjuntamente la mano en mayor o menor grado, es decir, puede predominar una sobre las otras, pero cuando una dependencia se da, repercute en otras áreas, siempre y cuando estemos hablando desde el terreno de la psicología, ya que “en medicina la dependencia física se refiere al hecho de que una persona necesite una sustancia”, de modo perentorio Alonso-Fernández (2003).

Según la profesora de ética Cortina (2007): “Cuando alguien se expropia, ha perdido el dominio de sí mismo y ya no es dueño de su vida, de sus acciones, ya no es libre. [...]. Lo importante, es escribir el guion de la propia vida, de la propia novela, no ser siervo, no ser esclavo, no ser alguien al que otros le acaben escribiendo la vida”.

3.5. La drogodependencia

Sentado lo anterior, podemos aseverar que, cuando una dependencia (ver tabla 1) está motivada por una sustancia, estamos hablando de drogodependencia, un concepto este, más claro y mejor acotado. Una cita casi obligada es la definición que realizaron Edwards, Arif y Hodgson (1981), donde sostienen que para que exista una drogodependencia: a) debe existir evidencia subjetiva de compulsión para la utilización de las drogas durante los intentos de abandono del consumo; b) deseo de abandonar el consumo; c) un hábito de consumo de drogas relativamente estereotipado; d) evidencia de neuroadaptación con fenómenos de tolerancia y dependencia; e) el consumo de drogas, para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia; f) el predominio de las conductas de búsqueda de droga por encima de otras prioridades importantes.

Las personas que trabajan con drogodependencias se vieron en el dilema de cómo denominar a sus pacientes, ya que empezaron a tratar a personas que no sólo tenían problemas con las drogas, por lo que el concepto de drogodependencia se quedó encorsetado. Por una parte, no se podía llamar a todas las personas drogodependientes, ya que podían ser dependientes de otras cosas que no fueran sustancias, y por la otra parte, tampoco era conveniente denominar a las personas tratadas dependientes. Como decíamos antes, el concepto de dependencia es sumamente amplio, se utiliza también para gente desfavorecida, personas que por cualquier motivo dependen de otra, de forma que hablar únicamente de dependientes puede resultar un concepto socialmente confuso. Así, en este terreno se prefiere usar el término “adicción”. De alguna manera, el concepto de adicción absorbe tanto a las dependencias de sustancias como a las dependencias que no son a sustancias. (Pérez del Río, 2011).

Para resumir, podemos decir que la conducta adictiva es el uso repetido y abusivo de una sustancia psicoactiva y/o la implicación compulsiva en la realización de una conducta determinada que de forma directa o indirecta modifica el medio interno del individuo, de tal forma que obtiene un reforzamiento inmediato por el consumo o por la realización de esa conducta (Pomerleau y Pomerleau, 1987).

Tabla. 1 Criterios para la dependencia de sustancias. DSM-IV-TR

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:
(1) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
(a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
(b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
(2) Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
(a) el síndrome de abstinencia característico de la sustancia (v. criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).
(b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.
(3) La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4) Existe un deseo persistente o se realizan esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
(5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), con el consumo de la sustancia o con la recuperación de los efectos de la sustancia.
(6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
(7) Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de cocaína aun sabiendo que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que pueda empeorar, pongamos por caso, una úlcera).

3.6 Clasificación y tipos de drogas (ver tabla 2)

Internacionalmente son importantes las clasificaciones que se incluyen en el DSM Manual de Diagnóstico Estadístico (DSM) y la división que propone la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE); también cobra especial relieve la que establece la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En cuanto a la clasificación de drogas, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), en su conocido Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) del año 2002, divide las sustancias en 11 clases: alcohol, alucinógenos, amfetamina o simpaticomiméticos de acción similar, cafeína, cannabis, cocaína, fenilciclohexilpiperidina más conocida como fenciclidina o bajo la abreviatura (PCP),

arilciclohexilaminas de acción similar, inhalantes, nicotina, opioides, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.

Para el DSM-IV-TR, existen dos tipos de trastornos. En primer lugar, trastornos por consumir sustancias de forma más o menos continuada, en cuyo caso entramos en el campo del abuso y la dependencia a sustancias, y en segundo lugar, existe otro tipo de trastornos inducidos por las sustancias como son la intoxicación, la abstinencia, el trastorno psicótico inducido por sustancias, el delirium, etc.

Tabla. 2

	Dependencia	Abuso	Intoxicación	Abstinencia
Alcohol	X	X	X	X
Alucinógenos	X	X	X	
Anfetaminas	X	X	X	X
Cafetina				
Cannabis	X	X	X	
Cocaína	X	X	X	X
Fenciclidina	X	X	X	
Inhalantes	X	X	X	
Nicotina	X		X	X
Opioides	X	X	X	X
Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	X	X	X	X
Varias sustancias	X			
Otros	X	X	X	X

DSM IV-TR (APA, 2002)

A nuestro modo de ver, la diferenciación más sencilla y práctica se debe realizar en función de cómo afectan al sistema nervioso: las que lo estimulan o psicoanalépticos, las que lo deprimen o psicolépticas, y las que lo alteran o psicodislépticos. Se trata de una clasificación similar a la que propone la OMS, salvo que la clasificación por grupos de la OMS tiene como fin exclusivo diferenciar su peligrosidad. . (Pérez del Rio, 2011).

3.6.1. Drogas estimulantes del sistema nervioso (Ver tabla 3)

Nos referimos a los estimulantes vegetales, como el café y la coca; y en el plano químico, a la cocaína, el crack y las anfetaminas (Escohotado, 2001). De esta clase de sustancias, destaca por su repercusión la cocaína, ya que es una de las drogas estimulantes más consumidas actualmente y que más problemas está generando. Esta sustancia deriva de la planta de coca *Erythroxylum* “es un alcaloide con acción anestésica en el sistema nervioso periférico y estimulante sobre el sistema nervioso central”, Caballero (2005).

Las propiedades analgésicas de la cocaína han sido utilizadas en numerosas ocasiones a lo largo de la historia como remedio popular para los trastornos físicos y como anestésico local en curaciones y operaciones de cirugía menor. Según Rogues de Fursac (1921), además hacia 1878 se llegó a tratar a los morfinómanos con inyecciones de cocaína, lo cual facilitó la aparición de los primeros cocainómanos.

Un extraordinario hallazgo, comercializado en los años treinta, fueron ciertas aminos, como la anfetamina, la dexanfetamina y la metanfetamina (Escohotado, 2005). Las sustancias más conocidas dentro de la familia de los psicoestimulantes son las anfetaminas que fueron sintetizadas en esa misma década de los años treinta.

Las anfetaminas se recetaron para el tratamiento de algunos de los trastornos del sueño, concretamente para la llamada narcolepsia y, al igual que la cocaína se recomendó para la obesidad, empleándose asimismo como estimulante para los cuadros depresivos (Seivewright, 2000). También se recetó para la congestión nasal, el mareo y la sobredosis de hipnóticos (Escohotado, 2005).

Tabla 3. Drogas estimulantes del sistema nervioso central

TIPO DE DROGA	COCAÍNA	ANFETAMINAS	KHAT (CATHA EDULIS)
Clasificación.	Estimulante	Estimulante	Estimulante
Nombres alternativos.	Coca, crack, nieve, copos basuko, suko, farlopa, perico, dama blanca, <i>speed ball</i> (con heroína)	Anfet, cristal, pastis o pastillas, <i>speed, ice</i> .	Khat.
Efectos	Se encontrará eufórico, irritable, hiperactivo, con tendencia a la "fuga de ideas", nervioso, tembloroso, con pupilas dilatadas, pálido, con taquicardia y respiración agitada. En ocasiones convulsiones.	Estará pálido, con pupilas dilatadas, taquicardia y respiración rápida, sudoroso en ocasiones, con temblores o convulsiones. Disminución de la fatiga y aumento del estado de alerta y concentración. Anorexia.	Hipertensión arterial, taquicardia y palpitations o arritmias. Aumenta la temperatura, cefalea, dilatación pupilar, boca seca o estomatitis, temblores y en ocasiones convulsiones. Trastornos digestivos, retención urinaria y leves alteraciones hepáticas.
Conducta	En ocasiones puede ser un policonsumidor con características comunes al heroínmano. Irritable, ansioso, excitado, con tendencia a la violencia. Psicosis paranoide en ocasiones.	Puede ser policonsumidor. Agitado, ansioso, irritable, hiperactivo, con tendencia a desarrollar conductas violentas.	Cambios en el comportamiento, euforia, trastornos del lenguaje, cierta agresividad, hiperactividad, insomnio, irritabilidad y agitación. Rara vez cuadros psicóticos similares a la esquizofrenia. Alguna vez alucinaciones hipnagógicas.
Vías de administración	Esnifada, fumada, venosa.	Oral, venosa, esnifada, rara vez fumada.	Oral (mascado de hojas). Muy rara vez fumada
Duración efectos (Vida media)	1-2 horas (3 horas)	2-4 horas (7-14 horas)	2-4 horas (4 horas)
Periodo de detección de orina	2-3 días.	2-4 días, según grado de acidez de la orina.	24-36 horas
Síndrome de abstinencia	No existe un gran síndrome de abstinencia, pero en ocasiones el ansia de la droga le producirá leves trastornos físicos junto con una gran alteración psíquica. Insomnio o somnolencia. Irritable, agitado, tendencia a la violencia y a la actuación en "cortocircuito"	Leve síndrome de abstinencia, que cursa con sueño, confusión, temblores, fatiga y ansiedad. Irritabilidad, insomnio. En ocasiones tendencia a la violencia.	No se conoce síndrome de abstinencia. Cierta irritabilidad y ansiedad.
Presentación	Polvo blanco, cristalino, inodoro.	Pastillas, cápsulas, polvo blanco cristalino.	Hojas en distinto grado de secado.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Instituto de Toxicología Ministerio de Justicia. Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.

3.6.2. Drogas depresoras del sistema nervioso

Eficaces depresores del sistema nervioso son los opiáceos, morfina, codeína, heroína, sucedáneos sintéticos del opio, tranquilizantes mayores, tranquilizantes menores, somníferos, los grandes narcóticos, cloroformo, éter, gas de la risa y fentanilos, vinos y licores (Escohotado, 2001). El consumo del opio está documentado en el año 4000 a.C. en la ciudad sumeria de Uruk, y en el año 1550 a.C., en Egipto, se realizaban hasta 500 remedios con esta sustancia (León, 1990). Sin cambiar de escenario, en Egipto se utilizaba como analgésico y calmante (pomadas, vía rectal y oral), para evitar que los bebés gritasen fuerte. Su uso se extendió por Europa y Asia Menor (Pascual, 2009).

Otra sustancia depresora del sistema nervioso central es el alcohol, ya que inhibe paulatinamente las funciones cerebrales. Produce una sensación de euforia cuando se consume, pero realmente es una sustancia depresora.

“En cuanto al alcohol cabe decir que el consumo originario y primitivo se basaba única y exclusivamente en las bebidas fermentadas, a partir de algunos frutos y cereales, fabricándose de estos último la cerveza, de la uva el vino y de la manzana la sidra fundamentalmente. Pero en la Edad Media se introdujo un aparato, el alambique, que permitía destilar estas sustancias y producir un alcohol, o al menos unas bebidas de mayor concentración alcohólica”. Pascual (2009).

Otra sustancia depresora del sistema nervioso es el GHB, que se conoce también como éxtasis líquido. Es transparente y se consume por vía oral mezclado con agua (Pérez del Río, 2011).

3.6.3 Droga y el delincuente

El vínculo entre droga y delincuencia es muy complejo. Algunos factores de riesgo explican tanto el abuso de sustancias, como la comisión de ciertos delitos. Sin embargo, parece evidente que existen algunas vías a través de las cuales las drogas parecen detonar un comportamiento delictivo posterior, como por ejemplo, la comisión de delitos, como medio de adquirir recursos para financiar el consumo; la comisión de delitos bajo los efectos de alcohol y drogas, y; la participación en hechos de violencia. Esto sin olvidar que, en la mayoría de los países, el consumo de sustancias no está penalizado, a no ser que se de en la vía pública; lo que sí está contemplado, en casi todo el orbe, es la penalización del tráfico de drogas (Fundación Paz Ciudadana, 2005).

Investigaciones realizadas en los Estados Unidos de Norteamérica y Australia, en las que se analizó la relación entre violencia y alcohol, han estimado que en la mayoría de los actos violentos al interior de la familia, el alcohol ha estado presente durante ese acto (Brookoff, 1997; Teessom, Hall & Lynsley, 2000).

Asimismo, Canadá ha estimado que la tercera parte de los homicidios sucedidos en ese país, están relacionados con el consumo de alcohol y drogas (Brochu, 1995). Está relación también se ha vinculado con, al menos, la mitad de los asaltos sexuales que suceden a diario, en el nivel general, sea en las víctimas o en los perpetradores (Alcohol, Research & Health, 2001).

Concordante con lo anterior, estudios realizados por el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism y el National Council on Alcoholism and Drug Dependence, mencionan que, en Estados Unidos de Norteamérica, el alcohol ha intervenido en: (Gartner, 1994)

- 68% de los homicidios
- 62% de los asaltos
- 48% de los robos
- 72% de las violaciones
- Dos terceras partes de los casos de abuso infantil

Es por ello que existe una imperante necesidad de que cada sociedad posea una rigurosa y amplia visión del impacto que les genera el consumo de sustancias psicoactivas, por lo cual, la Organización de los Estados Americanos (OEA), en la Segunda Cumbre de las Américas, realizada en Santiago Chile, durante el mes de abril de 1998, destacó “la necesidad de fortalecer la confianza mutua, el diálogo y la cooperación hemisférica en el tratamiento de las diversas manifestaciones del problema de las drogas” (CICAD-OEA, 2000).

Producto de ese mandato, se creó el Mecanismo de Evaluación Multilateral (MEM), dentro del cual existen una serie de indicadores que consideran el comportamiento del consumo de drogas, desde la perspectiva de la criminalidad, es decir, la comisión de delitos, dado que sería información fundamental, no solo en el conocimiento y definición de políticas para el abordaje y contención de dicho fenómeno, sino además, porque aportaría hacia el mismo MEM, en lo que al indicador N° 61 se refiere, el cual trata sobre la estimación de los costos económicos, sociales y humanos vinculados al consumo de drogas, particularmente, en lo que al consumo de sustancias en personas privadas de libertad se refiere, sea que éstas se encuentren en proceso de imputación, o ya estén condenadas, donde el ambiente carcelario se vuelve fundamental (Jiménez, 2007).

A pesar de lo valorado por la CICAD/OEA, en términos generales, son pocos los países que tienen estudios sobre instituciones penitenciarias y consumo de drogas, tratando de exponer el comportamiento general del vínculo consumo de drogas con violencia y conducta delincinencial, o bien, de establecer el nivel de asociación que hay entre dichos fenómenos (Jiménez, 2007).

En Latinoamérica, son pocos los antecedentes de este tipo de estudios, especialmente dentro del esquema de investigaciones que patrocina la Comisión Interamericana Contra el Abuso de Drogas (CICAD), y de los casos conocidos está el de Costa Rica y el de Bolivia. El CONACE y la Gendarmería de Chile, también tienen un estudio similar. (Alcaraz, F; Suazo, J; Martínez, G; Villanueva, R, 2007; Jiménez, F; Mata, E, 2004; Pernanen, Kai; Cousineau, Marie-Marthe; Brochu, Serge; Sun, Fu, 2002).

Por lo tanto, si damos crédito a que el abuso de sustancias y la comisión de delitos son dos conductas que muchas veces se presentan juntas y tienden a retroalimentarse, intervenir en una de ellas, sin duda, tendrá consecuencias positivas para la reducción de ambas (Fundación Paz Ciudadana. 2005).

Parece fundamental, entonces, aumentar la cobertura de tratamiento efectivo e intentar disminuir las brechas existentes entre oferta y demanda para las diversas poblaciones en riesgo, y los infractores de ley son, precisamente, uno de estos grupos que requiere con urgencia mecanismos efectivos de derivación a tratamiento. Según la evidencia científica de los países líderes en esta materia, por cada dólar invertido en tratamiento del consumo de drogas, se logra obtener una ganancia de 4 - 8 dólares, en valores agregados. Por su parte, cuando la inversión es en prevención del consumo, la relación de ganancia es 1:10, movilizándose en el de rango de \$2 a \$20 (Southwest Prevention Center, 2004; NEDS, 2002).

El tratamiento oportuno de personas adictas que cometen delitos es la mejor forma de prevenir la reincidencia y disminuir los niveles de delincuencia. Sin embargo, el proceso policial y judicial, en casi todos los países del continente, no contemplan mecanismos de derivación temprana a tratamiento, ni cuenta con información sobre las posibilidades que ofrece la red pública a consumidores problemáticos (Jiménez, 2007).

Partiendo de ese principio, en consecuencia, fortalecer el desarrollo de trabajos que apunten hacia la adquisición de conocimiento, sobre las principales características del comportamiento de esos fenómenos, primero, a manera de diagnóstico, y luego, más específicamente, enfocando algunos de los componentes críticos, o bien, niveles de profundidad investigativo, por ejemplo, determinación de fracciones atribuibles o asociación de factores. Lo anterior permitirá definir medidas y acciones específicas y puntuales, dentro del contexto de planes de acción de política nacional que orienten la estructuración de servicios y programas, para el control de la problemática, lo cual es un asunto prioritario que debe ser atendido por cada uno de los países miembro de la OEA (Jiménez, 2007).

Sin la ejecución de estudios de investigación que ofrezcan las respuestas objetivas e integrales, de manera gradual, será prácticamente imposible lograr la resolución de estas situaciones, lo que se irá convirtiendo, cada día, en algo crítico, menos manejable y de inimaginables consecuencias. De hecho, hoy día, en la mayor parte del contexto americano, ya se ha convertido en un tema de seguridad ciudadana que demanda, urgentemente, su atención (Jiménez, 2007). Estos últimos se basan en las siguientes evidencias empíricas:

- La prisión no reduce la actividad delictiva y supone un grave riesgo sanitario y social para las personas que entran en los recintos carcelarios (Merino, 2004; citado en Plan Nacional de Drogas de España 2007).
- El Observatorio Europeo de las Drogas destaca en su informe anual que *“la cárcel es un ambiente especialmente perjudicial para los consumidores de drogas problemáticos”* (OEDT, 2005). Asimismo, pone de relieve la existencia de un amplio consenso político sobre el principio del tratamiento como alternativa a las penas de privación de libertad (OEDT, 2006).

- La evidencia estadística, la experiencia histórica y las investigaciones realizadas en los últimos años, permiten asegurar que la gran mayoría de los infractores provienen de entornos caracterizados por la precariedad en la calidad de vida (carencias económicas, exclusión social, ausencia de pautas normalizadas). Ciertamente, las circunstancias contextuales determinan los comportamientos delictivos y los perfiles de estas personas (Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas de España, 2007).
- Asimismo, en los distintos niveles del sistema punitivo se tiende a castigar, detener y encarcelar a las personas con menos recursos personales, sociales y económicos. Lo anterior se sustenta desde el momento en que se establece que, por una parte, un gran número de tipos delictivos están dirigidos a proteger la propiedad privada, y por otra, las detenciones y encarcelamientos se producen en aquellas personas más visibles y menos sofisticadas, criminalmente.
- Por lo general, la gran parte de las medidas carcelarias para la población privada de libertad, en materia de consumo de sustancias, preponderantemente, son de tipo restrictivo y represivo, sin considerar las necesidades de intervención y atención que tienen los consumidores habituales de drogas con patrones problemáticos (perjudiciales o adictivos), obviando que, como lo puntualiza Fundación Paz Ciudadana de Chile, dando crédito a que el abuso de sustancias y la comisión de delitos son dos conductas que muchas veces se presentan juntas y tienden a retroalimentarse, intervenir en una de ellas, sin duda, tendrá consecuencias positivas para la reducción de ambas (Jiménez, 2007).

De acuerdo a los resultados obtenidos, y bajo el contexto de elaborar un estudio sobre el tipo de sustancias psicoactivas asociadas a las drogodependencias en las personas privadas de libertad en los diferentes centros penitenciarios de El Salvador 2013, se identificó por medio de los antecedentes toxicológicos del tipo de sustancia psicoactiva utilizada en los PDL por consumo de drogas y/o drogodependencias en los diferentes centros penales registrados en el expediente clínico y expediente único judicial, permitió conocer los diferentes tipos de sustancias psicoactivas tanto lícitas como ilícitas que los PDL utilizan tales como alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, crack, café, solventes e inhalante, hongos, drogas farmacológicas como tranquilizantes y anfetaminas, así como morfina y heroína; determinándose que el alcohol, tabaco y marihuana son las drogas más utilizadas por esta población (Castro y otros. 2013).

En lo relacionado al registro del delito por el que se encuentran reclusos dichos internos con antecedentes de consumo de drogas, se determinó que el delito de robo, robo agravado, robo agravado imperfecto predomina con mayor frecuencia en dichos internos y que a su vez sostiene antecedentes de consumo de drogas como tabaco, alcohol y marihuana dentro de lo relacionado al delito y la droga, seguido con el delito de Violación, Violación en menor incapaz y Homicidio, Homicidio agravado, Homicidio simple, Homicidio intencionado (Castro y otros. 2013).

D. Marco conceptual

- **Privado de libertad:** Persona que se encuentra condicionado en su libre tránsito y, o, en el libre derecho de ejercer sus derechos ciudadanos, debido a que se le responsabiliza de un acto criminal delincencial, y quien está confinado, total o parcialmente, a un recinto carcelario (Jiménez, 2007).
- **Sistema penitenciario:** Conjunto de instituciones u organizaciones políticas y gerenciales, así como de recintos carcelarios, pertenecientes a un Estado, a los cuales ingresan las personas privadas de libertad, sea bajo condición de indiciada o condenada, con estancia parcial o permanente (Jiménez, 2007).
- **Impulsividad:** la incapacidad para contener sus propios impulsos y reflexionar respecto de las consecuencias que sus acciones podrían tener. La impulsividad es un concepto complejo que tiene implicancias de tipo social, y se vincula a temas de violencia y de adaptación social. (Academia Superior de estudios policiales de investigación de Chile, 2008).
- **Agresividad:** El término agresividad alude a un estado emocional que para muchos seres humanos se transforma en sentimientos de odio y deseo de hacer daño”. Psicobiología, una introducción a la Neurociencia Conductual, Cognitiva y Clínica. Ed. Ariel (2005)
- **Sustancia psicoactiva:** La tercera edición del manual de diagnóstico de los trastornos mentales (DSM III, 1980) reúne todas las formas de adicción bajo un sólo concepto: “abuso y dependencia de sustancias psicoactivas” y en forma independiente señala las complicaciones derivadas de su uso. Esta clasificación propone criterios diagnósticos que se han perfeccionado hasta la versión del DSM IV (1994) y CIE 10.
- **Optimismo:** es una disposición a enfrentar de manera positiva la vida teniendo como consecuencia el bienestar físico y psicológico de la persona, debido a que evita caer al sujeto en estado de desesperación o depresión frente a las adversidades (Kholer, 2004).
- **Consumo experimental:** Corresponde a situaciones de contacto inicial con una o varias sustancias que puede ser seguida de abandono de las mismas o de continuidad en el consumo. Como indicadores de evaluación para definir este tipo de consumo se considera que el individuo desconoce los efectos de la sustancia y que su consumo se realiza, generalmente, en el marco de un grupo que le invita a probarla. No hay hábito y generalmente no se compra la sustancia sino que se comparte (CONACE, 2008).
- **Consumo habitual:** Supone una utilización frecuente de la droga. Esta práctica puede conducir a las otras formas de consumo, dependiendo de la sustancia,

la frecuencia con que se emplee, las características de la persona, el entorno que le rodea, etc. Entre las motivaciones expresadas para mantener el uso de las drogas están: intensificar las sensaciones de placer; vivencia de pertenencia al grupo y necesidad de reconocimiento dentro de éste; mitigar la soledad, el aburrimiento, la ansiedad; reafirmar independencia o aversión hacia la sociedad y reducir el hambre, el frío, la debilidad o el cansancio. Algunos indicadores que definen esta forma de consumo son: el sujeto amplía las situaciones en las que recurre a las drogas; éstas se usan tanto individualmente como en grupo; sus efectos son perfectamente conocidos y buscados por el usuario. Puesto que no ha perdido el control sobre su conducta, manifiesta poder abandonar el hábito en caso de proponérselo. Suele comprar la sustancia (CONACE, 2008).

- **Consumo ocasional:** Es el uso intermitente de la/s sustancia/s, sin ninguna periodicidad fija y con largos intervalos de abstinencia. Entre las motivaciones principales está facilitar la comunicación, la búsqueda de placer, relajación y transgredir las normas, entre otras. Algunas características generales que definen este tipo de consumo son: el individuo continúa utilizando la sustancia en grupo, aunque es capaz de realizar las mismas actividades sin necesidad de drogas; conoce la acción de la misma en su organismo y por este motivo la consume. No hay hábito y generalmente no compra la sustancia; también la comparte (CONACE, 2008).
- **Consumo perjudicial:** Según el CIE 10, se trata de una forma de uso de la sustancia psicoactiva que está causando daño a la salud. El daño puede ser físico (hepatitis debido a la administración de sustancias psicotrópicas por vía parenteral) o mental (trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol).
- **Consumo problemático de drogas:** Se refiere al uso recurrente de drogas que produce algún efecto perjudicial, para la persona que consume o su entorno; esto es problemas de salud (incluidos los signos y síntomas de dependencia), problemas en las relaciones interpersonales, incumplimiento de obligaciones, entre otros (CONACE, 2008). El consumo problemático es considerado un indicio de abuso de drogas, por lo cual se han identificado 4 áreas de problemas relacionados con el consumo de drogas: incumplimiento de obligaciones (laborales, académicas, familiares); riesgos de salud o físicos; problemas legales y compromiso en conductas antisociales; y problemas sociales o interpersonales (CONACE, 2008).
- **Drogas:** La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la droga como cualquier sustancia natural o sintética que al ser introducida en el organismo es capaz, por sus efectos en el sistema nervioso central, de alterar y/o modificar la actividad psíquica, emocional y el funcionamiento del organismo (CONACE, 2008).

E. Hipótesis

Hipótesis de trabajo:

«Los delitos violentos en El Salvador tienen una influencia significativa en consecuencia de las conductas de impulsividad y agresividad asociadas al consumo de sustancias psicoactivas».

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

A. Enfoque y tipo de investigación

La presente investigación es de tipo cuantitativo, exploratorio, con enfoque correlacional; transversal, retrospectivo; ya que se trata de buscar la relación causa-efecto del porqué de los hechos, fundamentado en aspectos observables que sean de utilidad para la construcción y elaboración del estudio acerca de los delitos violentos en El Salvador como consecuencia de las conductas de impulsividad y agresividad asociadas al consumo de sustancias psicoactivas.

B. Ubicación y objeto de estudio

1. Ubicación espacial y temporal: El estudio se desarrolló en los 14 centros penitenciarios del país, distribuidos en las áreas de occidente, oriente, central y paracentral del país, con la finalidad de estudiar los delitos violentos en El Salvador como consecuencia de las conductas de impulsividad y agresividad asociadas al consumo de sustancias psicoactivas

2. Tipo de investigación: exploratoria con enfoque correlacional.

3. Diseño de investigación: Cuantitativa, transversal y retrospectivo.

4. Unidades de análisis: Privados de libertad con antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas en los 14 centros penitenciarios de El Salvador (ver anexo 4).

5. Indicadores y variables

- Impulsividad: la incapacidad para contener sus propios impulsos y reflexionar respecto de las consecuencias que sus acciones podrían tener. La impulsividad es un concepto complejo que tiene implicancias de tipo social, y se vincula a temas de violencia y de adaptación social (Academia Superior de estudios policiales de investigación de Chile, 2008).
- Agresividad: El término agresividad alude a un estado emocional que para muchos seres humanos se trasforma en sentimientos de odio y deseo de hacer daño” (Psicobiología, una introducción a la Neurociencia Conductual, Cognitiva y Clínica. Ed. Ariel, 2005).

Impulsividad

1. **Impulsividad cognitiva:** implica una propensión a tomar decisiones rápidas.
2. **Impulsividad motora:** implica actuar sin pensar, dejándose llevar por el ímpetu del momento.
3. **Impulsividad no planeada:** se caracteriza por la tendencia a no planificar, mostrando un mayor interés por el presente que por el futuro.

Agresividad

1. **Agresividad física:** conductas físicas que hieren o perjudican a otras personas.
2. **Agresividad verbal:** conductas verbales que hieren o perjudican a otras personas.
3. **Hostilidad:** sensaciones de infortunio o injusticia. Representa el componente cognitivo de la agresividad. Agresividad.
4. **Ira:** es el componente emocional o afectivo de la agresividad

Optimismo: es una disposición a enfrentar de manera positiva la vida teniendo como consecuencia el bienestar físico y psicológico de la persona, debido a que evita caer al sujeto en estado de desesperación o depresión frente a las adversidades (Kholer, 2004).

6. Población: La población del estudio fueron todos los privados de libertad registrados en el expediente único judicial con antecedentes de consumo de drogas previo a la comisión del delito. Se cuenta, según datos de marzo del 2015, un total de 28,673 privados de libertad distribuidos en los diferentes centros penitenciario (Según registro de Unidad Médico Odontológico de la Dirección General de Centros penales, 2015) (ver anexo 7), de los cuales 517 corresponden a privados de libertad que se encuentran registrados en los expedientes únicos judiciales con antecedentes de consumo de drogas previo a la comisión del delito en el Sistema Penitenciario de el Salvador, 2013 (Castro, Barrera, 2013). Se cuenta con un total de 27,779 privados de libertad en el Sistema Penitenciario de El Salvador, octubre 2014 (ver anexo 6).

7. Muestra: La muestra fue calculada utilizando el programa Survey System Calculator. Este programa está basado en el nivel de confianza al 95% de significancia y 0.05 de intervalo de confianza (The Survey System, 2008). La muestra que se obtiene es de acuerdo al total de la población de privados de libertad con antecedente de consumo de sustancias psicoactivas, que corresponde a 517, dato que fue estratificado proporcionalmente de acuerdo a los 19 centros penitenciarios y 2 granjas de El Salvador.

- i) Criterios de inclusión: Para participar en este estudio se seleccionarán los 14 centros penitenciarios del país, que reportaron la nómina de PPL que tenían registrado historia de consumo de drogas previo a su detención descritos en el expediente único judicial y/o clínico o que se encuentran dentro de la nómina de pacientes psiquiátricos que sostienen problema de consumo de drogas.
- ii) Criterios de exclusión: no tener historia previa de consumo de drogas, los privados de libertad fallecidos, los trasladados a otro penal o a resguardo del Hospital Nacional Psiquiátrico o en condiciones que se les haya otorgado la libertad. Que no acepten colaborar en el llenado de los instrumentos.
- iii) Consideraciones éticas: Dentro de las consideraciones éticas y procesos médico-judiciales, se cuenta con la colaboración de un miembro del Consejo Nacional Criminológico (Dra. Ingrid Hernández) para cumplir con las normativas judiciales; además se procedió a solicitar la evaluación por el Comité de Ética de la Universidad Evangélica de El Salvador para la evaluación y verificación de contenido, en el cual bajo Acta No. 70 del Protocolo de Estudio Clínico, el 23 de Febrero del 2015, el Comité de Ética para la Investigación de la Universidad Evangélica de El Salvador notifica su Aprobación por los miembros del Comité (Ver anexo 10); y para los procesos de recopilación de datos y análisis de los mismos será a través del apoyo de la Jefatura de la Dirección General de Centros Penales, por medio de la Unidad Médico Odontológica y por un representante del Consejo Nacional Criminológico, asegurando la confidencialidad y anonimato de los PL. La participación de los PL será voluntaria y se respetará su identidad, y cada cuestionario será identificado por un número, y código de SIPE. Los PL tendrán la autonomía de no continuar participando en el momento que ellos decidieran y que consideren que perjudicaría a su persona dentro de su situación jurídica; así mismo, se solicitara el consentimiento informado para su participación (ver anexo 5).

8. Viabilidad

El estudio fue factible de realizar valorando la disponibilidad de tiempo, recursos monetarios y el acceso a las Unidades de Análisis. Se contó desde el inició con el apoyo de la Unidad Médica Odontológica de la Dirección General de Centros Penales, coordinadores de clínica y directores de los diferentes Centros Penitenciarios de El Salvador para el desarrollo de la recolección de datos.

9. Muestreo

Se utilizó el muestreo aleatorio estratificado. Con este tipo de muestreo, aunque se presenta variabilidad, el objeto de estudio tuvo características homogéneas y puede reducir el error muestral para el tamaño de la muestra; así mismo considera

categorías típicas diferentes entre sí en estratos que poseen gran homogeneidad con respecto a la población privada de libertad con antecedentes de consumo de drogas previo a la comisión del delito en los diferentes centros penitenciarios de El Salvador. Para la obtención de la muestra estratificada se aplicó un intervalo de confianza de 0.05:

Centros penitenciarios con privados de libertad que tienen registro con antecedente de consumo de sustancias psicoactivas, 2013

Lugar	Cantidad	Muestra estratificada
Apantéos	46	20
Izalco	77	33
Chalatenango	8	3
Occidente	34	15
La Esperanza	17	7
Zacatecoluca	7	3
Ilopango	134	57
Sonsonate	10	4
Usulután	13	6
San Miguel	85	36
Jucuapa	17	7
Gotera	60	26
San Vicente	5	2
Metapán	4	2
Población total (N)	517	
Muestra (n)	221	221
Factor	n/N	
Factor	0.42746615	
IC	5	0.05

Datos: Castro, C, Barrera, D y otros. Tipo de Sustancias Psicoactivas asociadas a las Drogodependencias dentro del Sistema Penitenciario, 2013. Colaboración por Bautista Fabio, octubre 2014.

C. Técnicas, materiales e instrumentos

1. Técnicas y procedimientos para la recopilación de la información

Para realizar el proceso de recolección de la información fue a través de una capacitación que se brindó por el investigador principal (Psiquiatra de la Dirección General de Centros Penales) y los colaboradores que fueron entrenados y / o capacitados para el levantamiento de los instrumentos a utilizar.

a) Capacitación especial

Capacitación sobre la metodología, administrando los cuestionarios a aplicar en las PPL y la relación médico entrevistador / Privado de Libertad entrevistado poniendo énfasis en la importancia que adquiere el compromiso del médico entrevistador con la tarea a realizar. Dadas las condiciones desventajosas de la aplicación del cuestionario en el ámbito penitenciario, dicha capacitación fue brindada por la Psiquiatra de la Dirección General de Centros Penales a los médicos generalistas que se encargaron del levantamiento del instrumento, la cual se realizó bajo una fecha preestablecida.

b) Capacitación

Con la finalidad de obtener la sensibilización ante el problema social de consumo de sustancias psicoactivas, se consideró pertinente la realización de una capacitación de carácter teórico-práctica. A tal efecto se informa al capacitador sobre los objetivos de la investigación, los cuestionarios a aplicar y los requerimientos en cuanto a los alcances de la capacitación de acuerdo a las necesidades y/o dificultades que se plantean en la realización del trabajo de campo.

c) Ajustes prácticos acordados con las autoridades

Se definió un horario (matutino o vespertino) para el levantamiento de las entrevistas para la recolección de datos del estudio.

2. Procedimiento

- El médico general realizó el levantamiento de los cuestionarios para el estudio con previa coordinación con el director de cada centro penal para protocolizar a los PDL a quienes se les entrevistara.
- Luego el interno, al finalizar, retornó al sector.
- A posteriori el entrevistador se reunió con la coordinación operativa del estudio para la entrega de las entrevistas realizadas para una fecha específica que se calendarizó. Se registraron las observaciones de los entrevistadores de forma escrita por cada penal, respecto de:

- a. La aceptación o rechazo del detenido para la realización del cuestionario.
- b. La facilidad/dificultad para responder a los ítems de cada cuestionario
- c. La aplicación de los instrumentos se realizó sólo si existía consentimiento previo de los participantes.
- d. Para garantizar la confidencialidad de la información recolectada en cada cuestionario psicológico, se les solicitó a los evaluados que no mencionen su nombre completo en el instrumento, sólo la edad, sexo, comisión del delito y tipo de sustancia psicoactiva consumida previamente a su detención.

Cada prueba fue revisada sólo por la investigadora, previo al proceso de codificación de los resultados, a fin de pesquisar casos perdidos.

3. Instrumentos de registro y medición

La modalidad de la investigación está radicada en la aplicación de 3 pruebas psicológicas (cuestionario/escala) a cada uno de los PDL que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión; la aplicación de estos instrumentos es de carácter individualizado, administrado por un médico general capacitado bajo la supervisión de la investigadora. La aplicación de los instrumentos se realizó en cada centro penitenciario de El Salvador, en el área de clínica de cada penal.

3.1. Escala de impulsividad de Barrat (ver anexo 2)

La medición conductual de la impulsividad se realizó a través de la versión 11 de la Escala de Impulsividad de Barrat o “BIS 11”, traducida y adaptada por Barrat, para efectos de investigación y trabajo clínico (Barrat y Patton, 1983); esta prueba ha sido validada en la población española por Oquendo y colaboradores en la década del noventa y para la población carcelaria argentina por Óscar et. al en el 2006; su aplicación es auto administrada. La escala de Barrat está compuesta por 30 ítems distribuidos en 3 subescalas: de imprevisión (no planificada), motora y cognitiva. Cada una de ellas tiene opciones de respuesta de frecuencia, a entender, nunca o raramente, de vez en cuando, a menudo y siempre/casi siempre; donde el sujeto debe colocar una X en la opción que más lo represente, y permite una puntuación de 1, 2, 3 o 4, o su inversa, dependiendo de la pregunta. Consta de 30 ítems, agrupados en tres subescalas:

- Impulsividad Cognitiva: (8 ítems) 4, 7, 10, 13, 16, 19, 24 y 27
- Impulsividad Motora: (10 ítems) 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21 , 23, 26 y 29
- Impulsividad no Planeada: (12 ítems) 1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 25, 28 y 30

La puntuación total es la suma de todos los ítems y las de las subescalas la suma de los correspondientes a cada una de ellas. Posee mayor valor la puntuación total que las subescalas. En donde el puntaje 4 indica una mayor impulsividad (Patton et al., 1995). No obstante, algunos ítems son inversos para evitar un sesgo de respuesta (Patton et al., 1995).

Los puntajes de la prueba varían desde 30 hasta 120 y no hay un punto de corte establecido tal como lo señala Von Diemen et al. (2007). Al respecto, Stanford et al. (2009) señala que en previos estudios han usado el puntaje de 74, el cual es una desviación estándar por encima de la media reportada en Patton et al. (1995), para designar que un individuo posee alta impulsividad.

Durante el proceso de adaptación lingüística se observó que algunos de los ítems de la escala no eran pertinentes en un contexto penitenciario tal como: Me siento despreocupado (ítem 4), Planeo mis viajes con mucha anticipación (ítem 7), no logro estar quieto en espectáculos o en salones de clase (ítem 11). Sin embargo, no fueron eliminados o modificados ya que en la literatura estas acciones no han sido consideradas necesarias (Patton et al., 1995; Folino et al., 2006). Por tal motivo, se decidió realizar el análisis de validez y confiabilidad. Dado que las características psicométricas del instrumento sobre la evidencia de confiabilidad y validez no se encuentra definido un dato global, debido a que este instrumento puede ser aplicado a diferentes grupos de edad y adaptarlo a cada país.

3.2. Life Orientation Test versión revisada (LOT-R) (ver anexo 3)

El test fue desarrollado por Scheier y Carver y es conocido como “Life Orientation Test” (LOT, Scheier y Carver, 1985); su versión inicial fue revisada en 1994, dando lugar al LOT-R (Scheier, Carver y Bridges, 1994), siendo esta última la versión que se considerara en el estudio.

El LOT-R consta de 10 ítems en escala Likert de 5 puntos; 6 ítems pretenden medir la dimensión de optimismo disposicional en tanto que los otros 4 ítems son “de relleno” (que no se consideraran en el análisis) y sirven para hacer menos evidente el contenido del test. De los 6 ítems de contenido, 3 están redactados en sentido positivo (dirección optimismo) y 3 en sentido negativo (dirección pesimismo). Los ítems redactados en sentido negativo se revierten y se obtiene una puntuación total orientada hacia el polo de optimismo (Ferrando, et al., 2002).

Los puntajes oscilan entre 0 (bajo optimismo o pesimismo) a 24 (mayor optimismo).

- 0 a 15 bajo optimismo
- 16 a 20 optimismo medio
- 20 o más optimismo alto

Life Orientation Test versión revisada (LOT-R) es un auto informe que evalúa las expectativas generalizadas sobre el futuro permite evaluar optimismo/ sentido positivo (Scheier, Carver y Bridges, 1994). Su administración puede ser individual o colectiva, con una duración estimada en minutos. Las propiedades de la versión adaptada al español son muy similares a las del test original, ya que la escala tiene una estructura clara con dos dimensiones (optimismo y pesimismo) y los factores están negativamente correlacionados, además, todos los ítems tienen un poder discriminativo.

3.3. Aggression Questionnaire (AQ, Buss & Perry 1992) (ver anexo 1)

Se seleccionó este cuestionario de agresividad porque además de proporcionar una medida general del nivel de agresividad del individuo, también diferencia entre tipos de agresividad, lo que permitió determinar la relación de la impulsividad con cada uno de los subtipos (Morren & Meesters, 2002). En el presente estudio se administró la versión española de Rodríguez, Peña, Fernández & Graña (2002). Este cuestionario consta de 40 ítems en escala Likert (1 = Muy pocas veces, 5 = Muchas veces). Puntuaciones altas indican elevados niveles de agresión. Es un instrumento que mide agresividad y que está formado por las siguientes escalas:

- Agresividad física: conductas físicas que hieren o perjudican a otras personas.
- Agresividad verbal: conductas verbales que hieren o perjudican a otras personas.
- Hostilidad: sensaciones de infortunio o injusticia. Representa el componente cognitivo de la agresividad.
- Ira: es el componente emocional o afectivo de la agresividad (sentimientos relacionados con la agresividad) (ver anexo 9).

Dado que las características psicométricas del instrumento sobre la evidencia de confiabilidad y validez no se encuentra definido un dato global, debido a que este instrumento puede ser aplicado a diferentes grupos de edad y adaptarlo a cada país.

Procesamiento y análisis de la información

Se tabularon los datos recolectados a través del paquete estadístico Excel.

Se procedió a tabular los datos de acuerdo a la codificación de las variables: los diferentes tipos de comisión del delito y el tipo de sustancia psicoactiva consumida donde se cada valor numérico correspondía a:

1=SÍ 0=NO

Posteriormente, para la tabulación de los cuestionarios se categorizó por factor, según la escala de impulsividad y agresividad, registrándose el valor total de la suma de los ítems agrupados por subescala de los cuestionarios relativos al de impulsividad de E. Barratt y de agresividad de Buss y Perry. Mientras que para la tabulación del Test de Optimismo, se tabuló el total global de la suma de los ítems del cuestionario.

Se ha estudiado la impulsividad en población penitenciaria hallándose que esta se encuentra relacionada con la conducta antisocial (Moeller et al., 2001). Asimismo, se la considera como una característica que permite diferenciar entre reclusas violentas y las que no lo son (Cherek & Lane, 1998). Además, se le ha considerado como un factor de riesgo para la reincidencia, ya que introduce a una serie sesgos que impactan negativamente en la toma de decisiones (Weiss & Hankins, 2010).

Una investigación realizada en reos sentenciados por maltrato conyugal encontró que existía relación entre una elevada impulsividad y la violencia física no premeditada (Edwards et al., 2003). Asimismo, se ha hallado que los agresores sexuales en serie puntúan más alto en el BIS-11 que aquellos que sólo han tenido una víctima (Baltieri & Guerra de Andrade, 2008).

Por otra parte, con el aumento de la proporción de mujeres que se encuentran encarceladas, resulta necesario reconocer las diferencias de género en la salud mental (Lindquist, 2000).

Se examinó la consistencia interna de los cuestionarios de impulsividad y agresividad, utilizando para ello el estadístico alpha de Cronbach (1951). Este estadístico, es con la finalidad de determinar el grado de consistencia interna de una escala, analiza la correlación media de una de las variables de la misma escala con todas las demás variables que la componen. Si las variables no están positivamente correlacionadas entre sí, no existe razón para creer que puedan estar correlacionadas con otras posibles variables que hubieran podido ser igualmente seleccionadas. Cuanto más cercano esté el valor del alpha de Cronbach a 1, mayor es la consistencia interna de los ítems que componen el instrumento de medida. Ahora bien, al interpretarse como un coeficiente de correlación, no existe un acuerdo generalizado sobre cuál debe ser el valor a partir del cual pueda considerarse una escala como fiable. En este caso, se optó por seguir a George y Mallery (1995), quienes indican que si el alpha es mayor que 0,9, el instrumento de medición es excelente; en el intervalo 0,9-0,8, el instrumento es bueno; entre 0,8- 0,7, el instrumento es aceptable; en el intervalo 0,7- 0,6, el instrumento es débil; entre 0,6-0,5, el instrumento es pobre; y si es menor que 0,5, no es aceptable.

Asimismo, para contrastar la hipótesis de trabajo planteada en esta investigación, se realizó por medio de una herramienta estadística de regresión logística binaria que permitirá determinar la relación existente de los factores predictivos del estudio, para luego realizar la discusión y análisis de datos.

El Nivel de medición de las variables: intervalos o razón

Interpretación: el coeficiente r de Pearson puede variar de -1.00 a $+1.00$, donde:

-1.00 = correlación negativa perfecta (“A mayor X, menor Y”, de manera proporcional. Es decir, cada vez que X aumenta una unidad, Y disminuye siempre una cantidad constante). Esto también se aplica “a menor X, mayor Y”.

-0.90 = Correlación negativa muy fuerte.

-0.75 = Correlación negativa considerable.

-0.50 = Correlación negativa media.

-0.25 = Correlación negativa débil.

-0.10 = Correlación negativa muy débil.

0.00 = No existe correlación alguna entre las variables.

$+0.10$ = Correlación positiva muy débil.

$+0.25$ = Correlación positiva débil.

$+0.50$ = Correlación positiva media.

$+0.75$ = Correlación positiva considerable.

$+0.90$ = Correlación positiva muy fuerte.

$+1.00$ = Correlación positiva perfecta. “A mayor X, mayor Y” o “a menor X, menor Y”, de manera proporcional. Cada vez que X aumenta, Y aumenta siempre una cantidad constante (Sampieri, 2010).

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

A continuación se presentan los análisis de los resultados.

A. Tipo de sustancias psicoactivas consumidas por los privados de libertad previo a la comisión del delito por los que fueron imputados

En relación con los tipos de sustancias psicoactivas más frecuentemente consumidas por los privados de libertad previo a la comisión del delito por lo que fueron imputados, en la Tabla 1 se aprecia que de los 221 privados de libertad, la droga lícita de alcohol y la droga ilícita de marihuana son las más frecuentemente consumidas por los privados de libertad, con 157 (71%) y 156 (70%) respectivamente. Se identificaron consumos de drogas como; LSD, metanfetamina, heroína, sedantes,

ansiolíticos, hipnóticos, opioides, éxtasis, PSP, cristal y hongos alucinógenos con frecuencias inferiores a 5.

Tabla 4. Tipos de sustancias psicoactivas más frecuentemente consumidas por los privados de libertad previo a la comisión del delito por los que fueron imputados

Tipos de sustancias psicoactivas	Fr	%
Alcohol	157	71
Nicotina	122	55
<i>Cannabis</i> (Marihuana)	156	70
Cocaína	54	24
Crack	52	23

Fuente: Datos obtenidos de la ficha de datos de identificación en el periodo de noviembre 2014 a noviembre 2015.

B. Factores de impulsividad y agresividad

En la tabla 2, se muestra que la media más alta de las subescalas o factores de impulsividad (impulsividad no planificada, motora y cognitiva) corresponde a la impulsividad no planificada con un valor de 22.63, obteniéndose valores de las medias proporcionales para el factor de impulsividad motora y cognitiva, con 16.70 y 16.57 respectivamente. Además, se observó que el máximo puntaje en la escala de impulsividad fue de 64, con un valor mínimo de 4, reflejando que a mayor puntaje mayor tendencia a la impulsividad, dado que de los 221 PDL, 218 presenta puntajes de impulsividad superiores a 4 en el factor motor y 220 PDL en el factor cognitivo, mientras que 218 PDL tienen puntajes de impulsividad no planificada superiores a 8.

Tabla 5. Puntajes de la escala de impulsividad de Barrat

Factor de impulsividad	Media	Desviación estándar	Máximo	Mínimo	Total
Motora	16.70	9.34	63	4	218
Cognitiva	16.57	6.31	63	4	220
No planificada	22.63	8.72	64	8	218

Fuente: datos obtenidos del cuestionario de Impulsividad de Barrat en el periodo de noviembre 2014 a noviembre 2015.

La Tabla 3 demuestra que la media más alta de las subescalas o factores de agresividad (física, verbal, ira y hostilidad) corresponde al factor de agresividad

hostil con un valor de 24.51, obteniéndose valores de las medias para el factor de agresividad física, verbal e ira, con 23.31, 20.59 y 20.42 respectivamente. Además se observó que el máximo puntaje en la escala de agresividad fue de 68 con un valor mínimo de 5, reflejando que a mayor puntaje mayor tendencia a la agresividad, dado que de la población total de 221 privados de libertad, los 221 presentan puntajes de agresividad superiores a 5 en el factor físico e ira; 220 PDL tienen un puntaje superior a 5 en el factor verbal, mientras que 221 PDL tienen puntajes de agresividad hostil superiores a 8.

Tabla 6. Puntajes de la escala de agresividad de Buss y Perry

Factor de agresividad	Media	Desviación estándar	Máximo	Mínimo	Total
Física	23.31	12.64	31	5	221
Verbal	20.59	6.78	68	5	220
Ira	20.42	9.63	68	5	221
Hostilidad	24.51	8.31	59	8	221

Fuente: datos obtenidos del cuestionario de Agresividad de Buss y Perry en el periodo de noviembre 2014 a noviembre 2015.

En la Tabla 4 se observa un análisis de correlación en las variables relacionadas a los diferentes factores de impulsividad (motora, cognitiva y no planificada) y los factores de agresividad (física, verbal, ira y hostilidad) en los privados de libertad. Se determinó una correlación positiva media en la relación de las variables de impulsividad motora y agresividad física.

Al determinar el gráfico de dispersión de las variables de impulsividad motora y agresividad física se observó que la tendencia es positiva de acuerdo a la correlación obtenida que corresponde a un valor positivo (Tabla 4 y Figura 1).

Tabla 7. Correlación de los diferentes factores de impulsividad y agresividad en los privados de libertad

<i>Factor de impulsividad / factor de agresividad</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	<i>Fuerza de la correlación</i>	<i>Significancia de P</i>
Impulsividad motora / agresividad física	0.498**	Correlación positiva media	0.000
Impulsividad motora / agresividad verbal	0.351**	Correlación positiva débil	0.000

Impulsividad motora / agresividad ira	0.414**	Correlación positiva débil	0.000
Impulsividad motora / agresividad hostil	0.358**	Correlación positiva débil	0.000
Impulsividad cognitiva / agresividad física	0.28	Correlación positiva débil	0.675
Impulsividad cognitiva / agresividad verbal	0.35	Correlación positiva débil	0.604
Impulsividad cognitiva / agresividad ira	0.147*	Correlación positiva muy débil	0.029
Impulsividad cognitiva / agresividad hostil	0.152*	Correlación positiva muy débil	0.024
Impulsividad no planificada / agresividad física	-0.82	Correlación negativa considerable	0.224
Impulsividad no planificada / agresividad verbal	-0.105	Correlación negativa	0.122
Impulsividad no planificada / agresividad ira	0.057	No existe correlación alguna entre las variables	0.398
Impulsividad no planificada / agresividad hostil	-0.022	No existe correlación alguna entre las variables	0.746

****la correlación es significativa a nivel 0,01 (bilateral)**

***la correlación es significativa a nivel 0,05 (bilateral)**

Esto indica que a medida se incrementa la variable “Agresión física” (x) el valor de la variable “Impulsividad motora” se incrementa, como puede apreciarse en el gráfico de dispersión (Figura 1).

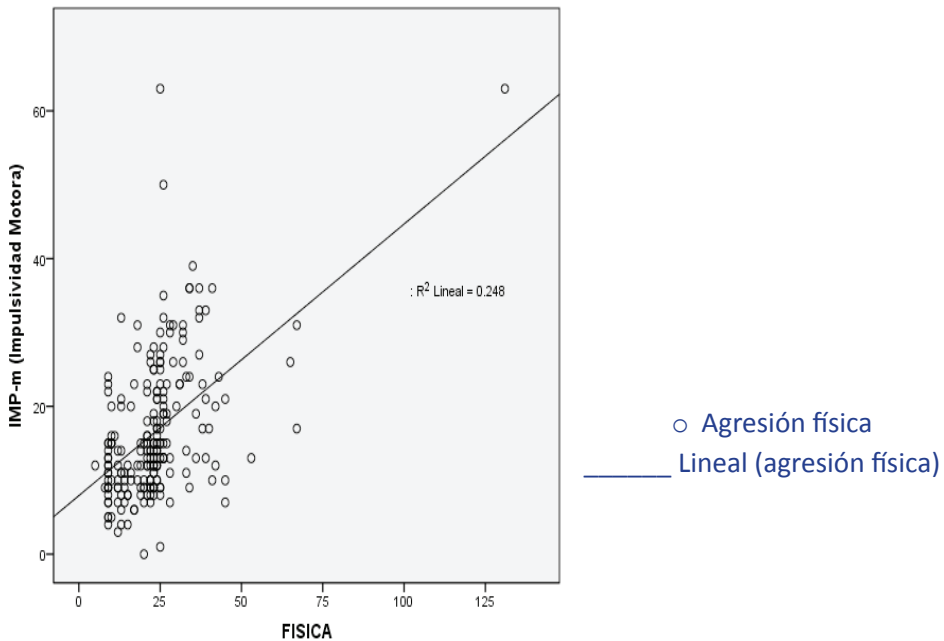


Figura 1. Grafica de dispersión de las variables de impulsividad motora y agresión física

C. Modelo explicativo de los factores detonantes de crímenes violentos

La Tabla 5 muestra las variables que en el estudio resultaron como factores detonantes de los crímenes violentos donde únicamente el factor de impulsividad motora es considerado como factor predictor.

Los privados de libertad que se encuentran detenidos por los delitos violentos de robo agravado, violación, violación agravada, homicidio agravado, homicidio imperfecto en grado de tentativa, homicidio simple, lesiones agravadas y agresión en menor incapaz que consumieron previo al delito alcohol y marihuana no fueron factores que influyeran en el delito porque los coeficientes B son negativos lo que es corroborado por el valor Exp (B) de 1.595 y 0.994 respectivamente.

Mientras que los privados de libertad que cometieron crímenes violentos no presentaron factores de agresividad (física, verbal e Ira) que fueran predictores del delito cometido, al igual que los factores de impulsividad (cognitiva y no planificada), a diferencia del factor de impulsividad motora con valor de coeficiente B de -0.48 y Exp (B) de 0.953 que es menor de 1.

Tabla 5. Factores detonantes de crímenes violentos en los privados de libertad

Variables	B	E.T.	gl	Sig.	Exp (B)
<i>Sustancias psicoactivas</i>	.467	.316	1	.140	1.595
Alcohol(1)					
<i>Cannabis</i> (marihuana)(1)	-.006	.314	1	.985	.994
<i>Factores de impulsividad</i>	-.003	.019	1	.875	.997
Impulsividad no planificada					
Impulsividad motora	-.048	.021	1	.020	.953
Impulsividad cognitiva	-.032	.027	1	.249	.969
<i>Factores de agresividad</i>	.001	.016	1	.952	1.001
Agresividad física					
Agresividad verbal	-.009	.028	1	.745	.991
Agresividad ira	.029	.020	1	.147	1.030
Agresividad hostilidad	.001	.020	1	.943	1.001

D. Nivel de optimismo en los privados de libertad

La Tabla 6 refleja que la media más alta del nivel de optimismo corresponde a un nivel de optimismo alto con un valor de 27.92, obteniéndose valores de las medias para los niveles de optimismo medio y bajo de 16.89 y 12.68 respectivamente. Además se observó que el máximo puntaje del Test de Optimismo fue de 54 con un valor mínimo de 2, reflejando que de los 221 privados de libertad el nivel de optimismo bajo fue de 92, medio de 102 y alto de 27 en total, predominando el nivel de optimismo medio.

Tabla 6. Puntajes de optimismo de los privados de libertad

Nivel de optimismo	Media	Máximo	Mínimo	Total
Bajo	12.68	15	2	92
Medio	16.89	20	16	102
Alto	27.92	54	21	27
TOTAL				221

Fuente: datos obtenidos del Test de Optimismo LOT_R en el periodo de noviembre 2014 a noviembre 2015.

E. Confiabilidad y validez de los cuestionarios de Impulsividad de Barrat, BIS-11 y de agresividad de Buss y Perry (1992)

En cuanto a la confiabilidad de los instrumentos (Cuestionario de *Agresividad de Buss y Perry (1992)* y de *Impulsividad de Barrat, BIS-11*), se determinó la consistencia interna, aplicadas en la población privada de libertad en El Salvador mediante el coeficiente Alfa de Cronbach. En la Tabla 7 se aprecia que el cuestionario de *Impulsividad de Barrat, BIS-11* tiene una confiabilidad de 0.740, que corresponde a un valor aceptable de confiabilidad.

Tabla 7. Confiabilidad del cuestionario de Impulsividad de Barrat, BIS-11

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0.740	30

En la Tabla 8 se observa que el cuestionario de *Agresividad de Buss y Perry (1992)* tiene una confiabilidad de 0.923, indicando que el instrumento de medición es excelente.

Tabla 8. Confiabilidad del cuestionario de Agresividad de Buss y Perry (1992)

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0.923	29

La Tabla 9 muestra los resultados del análisis factorial por medio de los métodos de extracción y varianza (ver anexo 11), indicando que la validez del constructo del análisis factorial del cuestionario de impulsividad tiene una medida muestral de Kaiser-Meyer-Olkin de 0.767, que corresponde a una significancia cercana a 1, indicando que el instrumento es válido para su aplicación en esta población.

Tabla 9. Análisis factorial del cuestionario de Impulsividad de Barrat, Biss-11 KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		.767
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	1737.505
	gl	435
	Sig.	.000

La Tabla 10 muestra los resultados del análisis factorial por medio de los métodos de extracción y varianza (ver anexo 12), indicando que la validez del constructo del análisis factorial del cuestionario de agresividad tiene una medida muestral

de Kaiser-Meyer-Olkin de 0.909 que corresponde a una significancia cercana a 1, indicando que el instrumento es válido para su aplicación en este grupo poblacional de estudio.

Tabla 10. Análisis factorial del cuestionario de *Agresividad de Buss y Perry (1992)*

KMO y prueba de Bartlett		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		.909
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	2915.506
	gl	406
	Sig.	.000

F. Discusión de resultados

1. Tipo de sustancias psicoactivas consumidas por los privados de libertad previo a la comisión del delito por los que fueron imputados

Los tipos de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas más frecuentemente consumidas por los privados de libertad previo a la comisión del delito por lo que fueron imputados, fueron el alcohol y la marihuana. Es interesante identificar en los registros existentes del estudio sobre el tipo de sustancias psicoactivas asociadas a las drogodependencias en las personas privadas de libertad en los diferentes centros penitenciarios de El Salvador 2013, donde coincide que el tipo de sustancia psicoactiva utilizada por los PDL corresponde al alcohol y Cannabis como las drogas más utilizadas por esta población (Castro y otros, 2013).

2. Factores de impulsividad y agresividad

De acuerdo a los resultados obtenidos, se logró establecer los valores de los puntajes otorgados en las diferentes escalas de impulsividad y agresividad, donde el valor máximo del puntaje de la escala de impulsividad fue de 64 con un valor mínimo de 4. Mientras que en la escala de agresividad el puntaje máximo fue de 68 con un valor mínimo de 5. Indicando que el total de la población de estudio, los 221 Privados de Libertad sostienen niveles de impulsividad y agresividad en cualquiera de los factores (impulsividad no planificada, motora y cognitiva) (agresividad física, agresividad verbal, agresividad ira y agresividad hostilidad). Además se determinó una correlación positiva media en la relación de las variables o factores de impulsividad motora y agresividad física, indicando que a medida se incrementa la variable "Agresión física" el valor de la variable "Impulsividad motora" se incrementa, como se apreció en el gráfico de dispersión.

Esto permite confirmar que los puntajes de las pruebas de impulsividad y agresividad pueden variar desde 30 hasta 120 y no hay un punto de corte establecido tal como lo señala Von Diemen et al. (2007). Al respecto, Stanford et al. (2009) señala que en previos estudios han usado el puntaje de 74, el cual es una desviación estándar por encima de la media reportada en Patton et al. (1995), para designar que un individuo posee alta impulsividad. Por tanto, refleja que a mayor puntaje mayor nivel de impulsividad o de agresividad.

De acuerdo a los resultados del estudio según E. Barratt, la impulsividad está compuesta por tres factores. El primero de ellos, la Impulsividad motora, implica actuar sin pensar, dejándose llevar por el ímpetu del momento. En segundo lugar, la Impulsividad cognitiva implica una propensión a tomar decisiones rápidas. Finalmente, la Impulsividad no-planificadora se caracteriza por la tendencia a no planificar, mostrando un mayor interés por el presente que por el futuro. Barratt también afirmó que la impulsividad y la ira constituían variables necesarias pero no suficientes para la agresividad impulsiva, ya que otras variables podrían ser por disfunciones en el lóbulo parietal que estarían interviniendo en esta relación (Barratt & Slaughter, 1998; Barratt).

El creciente interés que tanto la impulsividad como la agresividad han despertado durante los últimos años, la agresividad impulsiva también ha sido objeto de atención y de estudio, especialmente porque los sujetos agresivos impulsivos o que presentan episodios de furia explosiva pueden representar un peligro tanto para sí mismos como para sus familias y para la sociedad (Felthous, 1998; McCown, Johnson & Shure, 1993; Scarpa & Raine, 2000). Este tipo de sujetos manifiestan episodios de agresividad desproporcionados en relación con el antecedente causal que los ha originado, y la intensidad de estos episodios puede oscilar entre la agresividad verbal y el homicidio (Stanford, Greve & Dickens, 1995). Tradicionalmente se ha relacionado la impulsividad con la agresividad impulsiva, principalmente porque la impulsividad puede favorecer que la persona reaccione de manera agresiva, especialmente con ira.

Diversos autores consideran también que la impulsividad es el mejor predictor del trastorno antisocial y de la conducta delincuente en el adulto (Knorrning & Ekselius, 1998; Tremblay, Pihl, Vitaro & Dobkin, 1994).

De hecho, los sujetos con una elevada impulsividad presentan dificultades para inhibir su respuesta agresiva. Por consiguiente, mientras que la ira tendría implicaciones sobre todo a nivel emocional, la impulsividad se relacionaría con el control conductual y situacional. De todas formas, las investigaciones indican que la impulsividad y la ira-hostilidad, aunque están implicadas en la agresividad impulsiva, son necesarias pero no suficientes para provocar agresividad impulsiva (Barratt & Slaughter, 1998). Es interesante cómo se relacionan los diferentes factores de agresividad e impulsividad en la población de estudio donde fue notable que la agresividad impulsiva que propone la teoría de E. Barrat indica que

se pueden encontrar implicados los diferentes factores de estas variables y que a su vez pueden ser considerados necesarios pero no suficientes para provocar esta agresividad impulsiva de Barrat, pero que sin embargo los episodios de agresividad que estos privados de libertad sostienen una tendencia a implicar un plano emotivo que dificulta el control de los impulsos bajo el deseo de perjudicar o hacer daño al otro, esto guarda relación en el control conductual del perfil de personalidad antisocial o de conducta delictiva que puede representar un peligro tanto para sí mismos, como para sus familias y para la sociedad.

3. Modelo explicativo de los factores detonantes de crímenes violentos

De los factores detonantes de los crímenes violentos (robo agravado, violación, violación agravada, homicidio agravado, homicidio imperfecto en grado de tentativa, homicidio simple, lesiones agravadas y agresión en menor incapaz), según el análisis de regresión logística binaria, únicamente el factor de impulsividad motora fue considerado como factor predictor, mientras que las variables de consumo de alcohol y marihuana como sustancias psicoactivas más frecuentemente consumidas por la población privada de libertad previo a la comisión del delito no fueron factores detonantes de estos crímenes. A partir de los resultados obtenidos, diversos autores consideran también que la impulsividad es el mejor predictor del trastorno antisocial y de la conducta delincuente en el adulto (Knorrning & Ekselius, 1998; Tremblay, Pihl, Vitaro & Dobkin, 1994).

A la hora de hablar de conducta delictiva distinguimos entre delitos violentos, en la que se incluyen asesinatos, homicidios, detenciones ilegales, agresiones sexuales, robo con violencia, lesiones y coacciones; y delitos no violentos en las que se incluyen delitos contra la salud pública (tráfico de drogas), hurto, robo, amenazas, falsedad y estafa (Vásquez Barbosa, 2012).

El vínculo entre droga y delincuencia es muy complejo. Algunos factores de riesgo explican tanto el abuso de sustancias, como la comisión de ciertos delitos. Sin embargo, parece evidente que existen algunas vías a través de las cuales las drogas parecen detonar un comportamiento delictivo posterior, como por ejemplo, la comisión de delitos, como medio de adquirir recursos para financiar el consumo; la comisión de delitos bajo los efectos de alcohol y drogas, y; la participación en hechos de violencia. Esto sin olvidar que, en la mayoría de los países, el consumo de sustancias no está penalizado, a no ser que se de en la vía pública; lo que sí está contemplado, en casi todo el orbe, es la penalización del tráfico de drogas (Fundación Paz Ciudadana, 2005).

Investigaciones realizadas en los Estados Unidos de Norteamérica y Australia, en las que se analizó la relación entre violencia y alcohol, han estimado que en la mayoría de los actos violentos al interior de la familia, el alcohol ha estado presente durante ese acto (Brookoff, 1997; Teessom, Hall & Lynsley, 2000).

Asimismo, Canadá ha estimado que la tercera parte de los homicidios sucedidos en ese país, están relacionados con el consumo de alcohol y drogas (Brochu, 1995). Esta relación también se ha vinculado con, al menos, la mitad de los asaltos sexuales que suceden a diario, en el nivel general, sea en las víctimas o en los perpetradores (Alcohol, Research & Health, 2001).

4. Nivel de optimismo en la población privada de libertad

El test de optimismo LOT-R realizado en los privados de libertad de El Salvador presentaron un puntaje mínimo de 2 en el test y el puntaje máximo tuvo un valor de 54, predominando el nivel de optimismo medio.

De acuerdo a las características de la población de estudio, cabe señalar que a las personas optimistas les permite reconocer sus problemas –en el contexto de una condena, pero tienen esperanza y crean estrategias de acción para afrontar dicha realidad (Cuadra y Florenzano, 2003). Este hallazgo de optimismo de nivel medio permite que los privados de libertad se planteen metas o acciones futuras al obtener su libertad, favoreciendo en cierta medida a mostrar disposición para participar en los programas de rehabilitación y reinserción social.

5. Confiabilidad y validez de los cuestionarios de Impulsividad de Barrat, BIS-11 y de agresividad de Buss y Perry (1992).

En cuanto a la confiabilidad de los instrumentos (cuestionario de *Agresividad de Buss y Perry (1992)* y de *Impulsividad de Barrat, BIS-11*) aplicado a la población privada de libertad de el Salvador, se determinó la consistencia interna mediante el coeficiente Alfa de Cronbach en el cuestionario de *Impulsividad de Barrat, BIS-11*, obteniéndose una confiabilidad aceptable, de constructo valido de acuerdo al análisis factorial de Kaiser-Meyer-Olkin, mientras que el cuestionario de *Agresividad de Buss y Perry (1992)* tiene una confiabilidad excelente y de constructo valido para su aplicación en este grupo poblacional de estudio.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. Conclusiones

De acuerdo a lo expuesto en los resultados del estudio es imperante la necesidad de que cada sociedad posea una rigurosa y amplia visión del impacto que les genera el consumo de sustancias psicoactivas, por lo cual, la Organización de los Estados Americanos (OEA), en la Segunda Cumbre de las Américas, realizada en Santiago Chile durante el mes de abril de 1998, destacó “la necesidad de fortalecer la confianza mutua, el diálogo y la cooperación hemisférica en el tratamiento de las diversas manifestaciones del problema de las drogas” (CICAD-OEA, 2000).

Producto de ese mandato, se creó el Mecanismo de Evaluación Multilateral (MEM), dentro del cual existen una serie de indicadores que consideran el comportamiento del consumo de drogas desde la perspectiva de la criminalidad, es decir, la comisión de delitos, dado que sería información fundamental no solo en el conocimiento y definición de políticas para el abordaje y contención de dicho fenómeno, sino además porque aportaría hacia el mismo MEM, en lo que al indicador N° 61 se refiere, el cual trata sobre la estimación de los costos económicos, sociales y humanos vinculados al consumo de drogas, particularmente en lo que al consumo de sustancias en personas privadas de libertad se refiere, sea que éstas se encuentren en proceso de imputación, o ya estén condenadas, donde el ambiente carcelario se vuelve fundamental (Jiménez, 2007).

A pesar de lo valorado por la CICAD/OEA, en términos generales, son pocos los países que tienen estudios sobre instituciones penitenciarias y consumo de drogas, tratando de exponer el comportamiento general del vínculo consumo de drogas con violencia y conducta delincinencial, o bien, de establecer el nivel de asociación que hay entre dichos fenómenos (Jiménez, 2007).

En Latinoamérica, son pocos los antecedentes de este tipo de estudios, especialmente dentro del esquema de investigaciones que patrocina la Comisión Interamericana Contra el Abuso de Drogas (CICAD), y de los casos conocidos está el de Costa Rica y el de Bolivia. El CONACE y la Gendarmería de Chile, también tienen un estudio similar. (Alcaraz, F; Suazo, J; Martínez, G; Villanueva, R, 2007; Jiménez, F; Mata, E, 2004; Pernanen, Kai; Cousineau, Marie-Marthe; Brochu, Serge; Sun, Fu, 2002)

Por lo tanto, si damos crédito a que el abuso de sustancias y la comisión de delitos son dos conductas que muchas veces se presentan juntas y tienden a retroalimentarse, intervenir en una de ellas, sin duda, tendrá consecuencias positivas para la reducción de ambas. (Fundación Paz Ciudadana. 2005)

De acuerdo al **primer objetivo** de esta investigación acerca de identificar las sustancias psicoactivas más frecuentemente consumidas por los privados de libertad previo a la comisión del delito por los que fueron imputados, se determinó que el alcohol y la *cannabis* son las drogas de consumo más frecuentes por esta población.

Un **segundo objetivo** comprendió analizar la asociación de las conductas de impulsividad y agresividad de acuerdo a la teoría de agresividad impulsiva de E. Barratt, demostrando de acuerdo a los resultados obtenidos que el total de la población de estudio (221 privados de libertad) sostienen niveles de impulsividad y agresividad en cualquiera de los factores (impulsividad no planificada, motora y cognitiva) o (agresividad física, agresividad verbal, agresividad ira y agresividad hostilidad), estableciendo de acuerdo al análisis de correlación de Pearson una correlación positiva media en la relación de las variables o factores de impulsividad motora y agresividad física, indicando que a medida se incrementa la variable "Agresión física" el valor de la variable "Impulsividad motora" se incrementa. Es

así como a partir de lo expuesto se confirman las implicaciones que el modelo teórico de E. Barrat propone para explicar el comportamiento o conducta delictiva del individuo relacionados a los factores de agresividad impulsiva o acting out que influyen en los sujetos que presentan episodios de furia explosiva bajo el deseo de provocar daño mediada por un estado emocional que dificulta el control de los impulsos y que guarda relación con la personalidad del sujeto o problemas familiares, que representan conductas desviantes o un peligro tanto para sí mismos como para sus familias y para la sociedad (Felthous, 1998; McCown, Johnson & Shure, 1993; Scarpa & Raine, 2000). Estas conductas identificadas bajo evidencia científica servirán de fundamento al equipo Técnico de cada penal o Consejo Nacional Criminológico para considerar el otorgamiento de los beneficios en los privados de libertad de acuerdo a la ley y realizar la valoración de traslados a otro sector dentro del Centro Penal o a otro Centro Penitenciario.

En el **tercer objetivo** se logró identificar como factor detonante o predictor de crímenes violentos (robo agravado, violación, violación agravada, homicidio agravado, homicidio imperfecto en grado de tentativa, homicidio simple, lesiones agravadas y agresión en menor incapaz) el bajo control conductual con tendencia a actuar impulsivamente bajo el factor motor, mientras que el hecho de estar vinculado el privado de libertad a un consumo de sustancias psicoactivas lícitas (alcohol) e ilícitas (marihuana) no fueron factores predictores de estos delitos violentos. A partir de los resultados obtenidos diversos autores consideran también que la impulsividad es el mejor predictor del trastorno antisocial y de la conducta delincuente en el adulto (Knorring & Ekselius, 1998; Tremblay, Pihl, Vitaro & Dobkin, 1994).

Estudios expuestos en el marco teórico refuerzan la hipótesis que apunta a establecer que quiénes comenten un acto delictivo son sujetos que tienen agresividad impulsiva según como se constata en la T. de E. Barrat, lo que se explicaría la predisposición a actuar rápidamente y donde existe una escasa mediación cognitiva, una baja capacidad de autocontrol, y un alto nivel de involucramiento emocional lo que es absolutamente coherente con lo logrado en este estudio.

En este mismo orden de ideas, se postula la existencia del llamado “modelo Megargee” (1966) que señala que existen delincuentes subcontrolados y sobrecontrolados; los primeros responden en forma agresiva habitualmente, por lo que se vinculan a personalidades antisociales o psicopáticas y, los segundos, van construyendo sentimientos agresivos, hasta desencadenar una conducta aislada pero de gran violencia, logrando volver a un estado de control, vinculándose a sujetos que provocan agresiones severas u homicidios (Megargee, 1966).

Estos resultados y los posibles marcos explicativos destacan la pertinencia de diseñar y poner en práctica acciones y estrategias preventivas que aborden este problema mediante el desarrollo de habilidades para el control de los impulsos, así como para

afrontar las relaciones familiares problemáticas, reforzamiento y retroalimentación positivos, fomentar las normas y los límites sociales, automanejo de las emociones, promover el desarrollo de habilidades de comunicación asertiva para enfrentar la presión social, habilidades de relación interpersonal para su integración a grupos de Personas no consumidoras de drogas, promover prácticas adecuadas de supervisión parental, desarrollar pautas de apoyo afectivo en la familia y promover recursos para la prevención de la violencia intrafamiliar; elementos que pueden contribuir al diseño de programas preventivos, principalmente de tipo selectivo e indicado a nivel Penitenciario.

Con el **objetivo** de evaluar el nivel de optimismo de los privados de libertad, se determinó que tienen un nivel de optimismo medio, nivel que les permite plantearse metas o acciones futuras al obtener su libertad, enfrentar de manera positiva la vida, evitando caer al sujeto en estado de desesperación o depresión frente a las adversidades (Kholer, 2004), mostrando disposición a participar en los programas o talleres destinados a la rehabilitación y reinserción de los privados de libertad para el logro de los objetivos planteados en el Programa de gestión penitenciaria “Yo Cambio” que permite a los privados de libertad a obtener herramientas y conocimientos que faciliten su reinserción a la sociedad amparados por la ley bajo la filosofía “El que sabe, enseña al que no sabe”. Este modelo de rehabilitación Yo Cambio se implementa en 13 centros penitenciarios incluidos el de Izalco, Sonsonate, San Vicente, Sensuntepeque, Apanteos, Metapán, La Esperanza, el Centro de Readaptación de Mujeres de Ilopango, Quezaltepeque, Cojutepeque, La Unión, Jucuapa y la Penitenciaría Occidental. Este programa comprende seis programas integradores en las áreas de salud, educación, deporte, religión, arte y cultura, ejecutado por privados de libertad que cumplen la función de tutores en general y del proyecto, esto con el objetivo que los internos se adapten a una sociedad productiva; y que a partir de los resultados obtenidos en este estudio permitirá ampliar y lograr mayor impacto al integrar estrategias preventivas que aborden el problema bajo la evidencia científica.

Finalmente, en cuanto al **objetivo** de obtener la validación y la confiabilidad de los instrumentos (cuestionario de *Agresividad de Buss y Perry (1992)* y de *Impulsividad de Barrat, BIS-11*) aplicadas a la población privada de libertad de El Salvador, se determinó la consistencia interna mediante el coeficiente Alfa de Cronbach determinándose que el cuestionario de *Impulsividad de Barrat, BIS-11* es un instrumento de medición con una magnitud de confiabilidad aceptable, de constructo válido de acuerdo al análisis factorial de Kaiser-Meyer-Olkin mientras que el cuestionario de *Agresividad de Buss y Perry (1992)* tiene una confiabilidad excelente y de constructo válido para su aplicación de acuerdo al análisis factorial de Kaiser-Meyer-Olkin.

B. Recomendaciones

Comisión Interamericana del Control y Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos

Apoyar la línea de investigación a nivel penitenciario para la obtención de evidencia científica y que contribuya a las medidas de intervención en la rehabilitación de esta población específica y que puedan contribuir al diseño de programas preventivos, principalmente de tipo selectivo e indicado a nivel penitenciario.

Comisión Nacional Antidrogas

Considerar a los profesionales del sistema penitenciario en el Programa de Capacitación y Certificación de Recursos Humanos en Prevención, Atención de Recursos Humanos en el marco de Prevención y el Tratamiento de personas con Conductas Adictivas a Sustancias (PROCCER).

Dirección General de Centros Penales

Considerar diseñar un protocolo en cuanto al tratamiento de la violencia enfocada al crimen, ya que permitirá implementado códigos de actuación que permita desarrollar un mejor abordaje terapéutico para su rehabilitación y reinserción social, de acuerdo a la cognición optimista que esta población tiene ante la vida. Enfocando las acciones y estrategias preventivas a manera que aborden este problema mediante el desarrollo de habilidades para el control de los impulsos, así como para afrontar las relaciones familiares problemáticas y manejo de emociones.

Unidad Médica de la Dirección General de Centros Penales

Capacitar al personal médico sobre los aspectos jurídicos implicados en la salud mental de los privados de libertad, así como sensibilizar a los profesionales sobre el problema social de las drogodependencias para su respectivo abordaje dentro del proceso de rehabilitación.

Universidad Evangélica de El Salvador

Continuar apoyando estudios que sustenten la evidencia científica en el área criminológica y penitenciaria que permitan potenciar los programas de rehabilitación como el programa Yo cambio que se desarrolla en el Sistema Penitenciario.

C. Agradecimientos

- **A la Dirección General de Centros Penales y Unidad Medico Odontológica.** Por su apoyo al conceder el permiso correspondiente para la ejecución del presente estudio.

- **A la Universidad Evangélica de El Salvador.** Por apoyar estudios tan apremiantes de carácter social.
- **A la Vicerrectoría de Investigación y Comité de Investigación FACMED de la Universidad Evangélica de El Salvador**
- A Licda. Haydee de Parada, Directora de Investigación, Ing. Fabio Bautista Pérez, investigador, y al Lic. Álvaro Bermúdez. Al Comité de Investigación Científica y COIN, Dra. Ruth Salinas por el valioso e imprescindible apoyo, paciencia y dedicación de cada uno de ellos, así como de las observaciones técnicas científicas realizadas al documento.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

1. Abelson, R. P. (1981). Psychological status of the script concept. *American Psychologist*, 36, 715-729.
2. Alcohol Research & Health. Alcohol and Sexual Assault. 2001. Vol. 25, No 1: pp. 43-51.
3. Alcaraz, F; Suazo, J; Martínez, G; Villanueva, R. 2007. "Cárceles y Drogas". Centro Latinoamericano de Investigación Científica - Dirección General del Régimen Penitenciario - CICAD-OEA. Bolivia.
4. American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical manual of mental disorders: DSM-IV (4th edn). Washington DC: American Psychiatric Association.
5. American Psychiatric Association (2000). Diagnostic criteria from DSM-IV-TR. Washington DC: American Psychiatric Association.
6. Amelang, M. & Briet, C. (1983). Extraversion and rapid tapping: Reactive inhibition or general cortical activation as determinants of performance differences. *Personality and Individual Differences*, 4, 103-105.
7. Andreu, J. M., Peña, M. E; & Graña, J. L. (2002). Adaptación psicométrica de la versión española del cuestionario de agresión. *Psicothema*, 14, 476-482.
8. Anderson, C. A. & Bushman, B. J. (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology*, 53, 27-51.
9. Anderson, C. A. & De Neve, K.M. (1992). Temperature, aggression, and the negative affect scape model. *Psychological Bulletin*, 111, 347-351.
10. Anderson, C. A. (1987). Temperature and aggression: effects on quarterly, yearly, and city rates of violent and nonviolent crime. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 1161-1173.
11. Anderson, C. A. & Anderson, D. C. (1984). Ambient temperature and violent crime: tests of the linear and curvilinear hypotheses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 91-97.
12. Anderson, C. A. & Anderson, K. B. (1998). Temperature and Aggression: Paradox, Controversy, and a (fairly) Clear Picture. En: R. G. Geen & E. Donnerste in *Human Aggression: Theories*,

- Research, and Implications for Social Policy (pp. 247-293). San Diego: Academic Press.
13. Archer, J., Kilpatrick, G. & Bramwell, R. (1995). Comparison of two aggression inventories. *Aggressive Behavior*, 21, 371-380.
 14. Archer, J. (2004 a). Which attitudinal measures predict trait aggression? *Personality and Individual Differences*, 36 (1), 47-60.
 15. Archer, J. (2004 b). Sex differences in aggression in real-world settings: A metaanalytic review. *Review of General Psychology*, 8, 291-322.
 16. Bachorowski, J. & Newman, J.P. (1985). Impulsivity in adults and time-interval estimation. *Personality and Individual Differences*, 6, 133-136.
 17. Baltieri, D. & Guerra de Andrade, A. (2008). Comparing serial and nonserial sexual offenders: alcohol and street drug consumption, impulsiveness and history of sexual abuse. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 30, 25-31.
 18. Bandura, A. (1983). Psychological mechanisms of aggression. En Geen, R. & Donnerstein, E. (Eds.), *Aggression. Theoretical and Methodological Issues*. Vol. I. (pp. 1-40). New York: Academic Press.
 19. Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
 20. Baron, R. A. & Richardson, D. R. (1994). *Human aggression*. New York: Plenum Press.
 21. Baron, R. A. (1972). Aggression as a function of ambient temperatures and prior anger arousal. *Journal of Personality and Social Psychology*, 21, 183-189.
 22. Barratt, E. (1983). The biological basis of impulsiveness: The significance of timing and rhythm disorders. *Personality and Individual Differences*, 4, 387-391.
 23. Barratt, E.; Stanford, M. S.; Kent, T. A. & Felthous, A. (1997). Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression. *Biological Psychiatry*. 41, 1045-1061.
 24. Barratt, E. (1991). Measuring and predicting aggression within the context of a personality theory. *Journal of Neuropsychiatry*, 3, 535-539.
 25. Barratt, E. (1987). Impulsivity and anxiety: Information processing and electroencephalographic topography. *Journal of Research in Personality*, 21, 453-463.
 26. Barratt, E. (1985). Impulsiveness subtraits: Arousal and information processing. En J. Spence & Izard (Eds.), *Motivation, emotion and personality* (pp. 137-146). Amsterdam: Elsevier.
 27. Barratt, E. (1967). Perceptual motor performance related to impulsiveness and anxiety. *Perceptual and Motor Skills*, 25, 485-492.
 28. Barratt, E.; Patton, J. H.; Olsson, N. & Zucker, G. (1981). Impulsivity and paced tapping. *Journal of Motor Behavior*, 13, 286-300.

29. Barratt, E. (1994). Impulsiveness and aggression. En J. Monahan & H. J. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder: developments in risk assessment* (pp. 61-79). Chicago: The University Chicago Press.
30. Barratt, E. & Patton, J. H. (1983). Impulsivity: Cognitive, behavioral and psychophysiological correlates. En M. Zuckerman (Ed.), *Biological bases of sensation seeking, impulsivity and anxiety* (pp. 17-122). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
31. Barratt, E. & Slaughter, L. (1998). Defining, measuring and predicting impulsive aggression, a heuristic model. *Behavioral Sciences and the Law*, 16, 285-302.
32. Barefoot, J. C. (1992). Developments in the measurement of hostility. En H. S. Friedman (Ed.), *Hostility, coping, and health* (pp. 13-31). Washington, DC: American Psychological Association.
33. Barefoot, J. C. & Lipkus, I. M. (1994). The assessment of anger and hostility. En A. W. Siegman & T. W. Smith (Eds.), *Anger, hostility, and the heart* (pp. 43-66). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
34. Bakan, P., Belton, J. A. & Toth, J. C. (1963). Extraversion-introversion and decrement in an auditory vigilance task. En D. N. Buckner, J. J. McGrath (Eds.), *Vigilance: A symposium* (pp. 22-28). New York: Mc Graw.
35. Bell, P. A. & Baron, R. A. (1977). Aggression and ambient temperature: The facilitating and inhibiting effects of hot and cold environments. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 9, 443-445.
36. Benson, D. F. & Miller, B. L. (1997). Frontal lobe mechanisms of aggression. En J. S. Grisolia, J. Sanmartín, J. L. Luján & S. Grisolia (Eds.), *Violence: From biology to society* (pp. 35-42). Amsterdam: Elsevier.
37. Berman, M.E., & Coccaro, E.F. (1998). Neurobiological correlates of violence: Relevance to criminal responsibility. *Behavioral Sciences and the Law*, 16, 303-318.
38. Berkowitz, L. (1996). *Agresión. Causas, consecuencias y control*. Bilbao, España: Editorial Desclée de Brouwer.
39. Berkowitz, L. (1993). Pain and aggression: some findings and implications. *Motivation and Emotion*, 17, 277-293.
40. Berkowitz, L. (1994). Is something missing? Some observations prompted by the cognitive-neoassociationist view of anger and emotion. En R. Huesman (Ed.), *Aggressive Behavior. Current Perspectives* (pp. 35-60). New York: Plenum.
41. Björkqvist, K.; Lagerspetz, K. & Kaukiainen, A. (1992). Do girls manipulate and boys fight? Developmental trends regarding direct and indirect aggression. *Aggressive Behavior*, 18, 117-127.
42. Björkqvist, K. (1994). Sex differences in physical, verbal and indirect aggression: A review of recent research. *Sex Roles*, 30, 177-188.
43. Björkqvist, K. & Niemela, P. (1992). *Of mice and women: Aspects of female aggression*. San Diego: Academic Press, Inc.

44. Brookoff, Daniel. 1997. "Drugs Alcohol and Domestic Violence in Memphis". U. S. Department of Justice. Washington D.C., USA.
45. Brochu, Serge. 1995. Estimating the costs of drug-related crime. Paper prepared for the Second International Symposium on the Social and Economic Costs of Substance Abuse. Canada.
46. Buss, A. H. & Plomin, R. (1975). A temperament theory of personality development. New York: Wiley
47. Buss, A. H. (1961). The psychology of aggression New York: Wiley.
48. Buss, A. H. (1988). Personality: Evolutionary heritage and human distinctiveness. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
49. Buss, A. H., & Perry, M. P. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-459.
50. Buvinic, M.; Morrison, A. & Shifter, M. (1999). Violence in Latin America and the Caribbean: a framework for action. Washington, DC: Inter American Development Bank.
51. Bukowski, W. M. & Sippola, L. K. (2001). Groups, individuals, and victimization. En J. Juvonen & S. Graham (Eds.), *Peer harassment in school* (pp. 355-377). New York: Guilford Press.
52. Cairns, R. B.; Cairns, B. D.; Neckerman, H. J.; Gest, S. D. & Gariépy, J. (1988). Social networks and aggressive behavior: Peer support or peer rejection? *Developmental Psychology*, 24, 815-823.
53. Carl smith, J. M. & Anderson, C. A. (1979). Ambient temperature and the occurrence of collective violence: A new analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 337-344.
54. Castro, Barrera y otros. 2013 El tipo de sustancias psicoactivas asociadas a las Drogodependencias en las personas privadas de libertad en los diferentes centros penitenciarios de El Salvador.
55. CICAD-OEA. Diciembre, 2000. "Mecanismo de Evaluación Multilateral: Evaluación del Progreso de Control de Drogas: Informe Hemisférico 1999-2000". Organización de los Estados Americanos, Washington, DC, USA.
56. Christian, J. J. (1963). The pathology of overpopulation. *Military Medicine*, 128, 571-603.
57. Cisneros, J. (2007). Cultura, juventud y delincuencia en el estado de México. *Papeles de la población*, 052, 255-280.
58. Cherek, D. R.; Moeller, F. G.; Dougherty, D. M. & Rhoades, H. (1997). Studies of violent and nonviolent male parolees, II: laboratory and psychometric measurements of impulsivity. *Biological Psychiatry*, 41, 523-529.
59. Cherek, D. R., & Lane, S. D. (1998). Laboratory and psychometric measurements of impulsivity among violent and nonviolent female parolees. *Society of Biological Psychiatry*, 46, 273-280.
60. Collins, A. M. & Loftus, E. F. (1975). A spreading activation theory of semantic processing. *Psychology Review*, 82, 407-28.

61. Coles, E. M. (1997). Impulsivity in major mental disorders. En C. D. Webster & M. A. Jackson (Eds.), *Impulsivity: Theory, Assessment and Treatment* (pp. 180-194). New York: Guilford Press.
62. Cohen, L. E. & Felson, M. (1979). Social change and crime rate trends: A routine activity approach. *American Sociological Review*, 44, 558-608.
63. Comisión Revisora de la Legislación Salvadoreña San Salvador, Ministerio de Justicia, 1990.
64. Condon, L.; Morales-Vives, F.; Ferrando, P. J.; Vigil-Colet, A. (2006). Sex Differences in the Full and Reduced Versions of the Aggression Questionnaire: A Question of Differential Item European Journal of Psychological Assessment, 22 (2), 92-
65. CONACE, del Gobierno de Chile, de marzo del 2008. El documento completo se encuentra en: <http://www.bibliodrogas.cl/bibliodrogas/documentos/glosario%20version%20final>. En algunos casos se han incorporado definiciones de NIDA: <http://www.nida.nih.gov/nidaespanol.html>
66. Cronbach L. My Current Thoughts on Coefficient Alpha and Successor Procedures [Internet]; 2001. Disponible en: http://www.stanford.edu/dept/SUSE/SEAL/Reports_Papers/My%20Current%20ThoughtsSubmit.doc.
67. Cuadra, H. y Florenzano, R. (2003). El bienestar Subjetivo: Hacia una Psicología Positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12, 83-96.
68. Dabbs, J. M. & Morris, R. (1990). Testosterone, social class, and antisocial behaviour in a sample of 4,462 men. *Psychological Science*, 1, 209-211.
69. Damasio, A. R. (1994). *Descartes' Error: Emotion, reason, and the human brain*. New York: Grosset/Putnam
70. Daruna, J. H. & Barnes, P. A. (1993). A neurodevelopmental view of impulsivity. En W. G. McCown, J. L. Johnson & M. B. Shure (Eds.), *The impulsive client: theory, research, and treatment* (pp. 23-56). Washington, DC: American Psychological Association.
71. Deffenbacher, J. L. (1994). Anger reduction: issues, assessment, and intervention strategies. En A. W. Siegman & T. W. Smith (Eds.), *Anger, hostility, and the heart* (pp. 239-269). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
72. Dickman, S. J. (1993). Impulsivity and information processing. En W. G. McCown, J. L. Johnson, M. B. Shure (Eds.), *The impulsive client: Theory, research and treatment* (pp. 151-184). Washington: American Psychological Association.
73. Dickman, S. J. (1990). Functional and dysfunctional impulsivity: Personality and cognitive correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (1), 95-102.
74. Dickman, S. J. (1985). Impulsivity and perception: Individual differences in the processing of the local and global dimensions of stimuli. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 133-149.

75. Dickman, S. J. & Meyer, D. E. (1988). Impulsivity and speed-accuracy tradeoffs in information processing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 274-290.
76. Doob, L. (1990). *Hesitation: Impulsivity and reflection*. New York: Greenwood Press.
77. Dougherty, D. M.; Mathias, C. W.; Marsh, D. M.; Moeller, F. G. & Swann, A. C. (2004). Suicidal behaviors and drug abuse: impulsivity and its assessment. *Drug Alcohol Dependence*, 76, 93-105.
78. Dolan, M.; Anderson, I. M. & Deakin, J. F. W. (2001). Relationship between 5-HT function and impulsivity and aggression in male offenders with personality disorders. *British Journal of Psychiatry*, 178, 352-359
79. Dutton, D. G. (1997). A social psychological perspective on impulsivity/intimate violence. En C. D. Webster & M. A. Jackson (Eds.), *Impulsivity. Theory, assessment and treatment* (pp. 32-41). New York: The Guilford Press.
80. Edwards, D., Scott, C., Yarvis, R., Paizis, C., & Panizzon, M. (2003). Impulsiveness, Impulsive Aggression, Personality Disorder, and Spousal Violence. *Violence and Victims*, 18, 3-14.
81. Echeberúa E., De Corral P., Fernández J. y Amor P. (2004). ¿Se debe y puede tratar psicológicamente a los hombres violentos contra la pareja?. *Papeles del psicólogo*, 25, 10-18
82. Eckhardt, C. & Deffenbacher, J. (1995). Diagnosis of anger disorders. En H. Kassinove (Ed.), *Anger disorders: definition, diagnosis, and treatment* (pp. 27-48). Washington, DC: Taylor & Francis.
83. Eckhardt, B Norlander, J Deffenbacher, 2004. The assessment of anger and hostility: A critical review- *Aggression and Violent Behavior*.
84. Elliot, F. (1977). The neurology of explosive rage: The episodic dyscontrol syndrome. En M. Roy (Ed.), *Battered women: A psychosociological study of domestic violence* (pp. 98-109). New York: Van Nostrand Reinhold.
85. Eysenck, S. B. G. & McGurk, B. J. (1980). Impulsiveness and venturesomeness in a detention center population. *Psychological Reports*, 47, 1299-1306.
86. Eysenck, H. J. & Eysenck, M. W. (1985). *Personality and individual differences: A natural science approach*. New York: Plenum.
87. Eysenck, H. J. (1957). *The dynamics of anxiety and hysteria*. New York: Praeger.
88. Eysenck, S. B. G. & Eysenck, H. J. (1977). The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *British Journal of Social and Clinical*
89. Eysenck, S. B. G., Pearson, P. R., Easting, G. & Allsopp, J. F. (1985). Age norms for impulsiveness, venturesomeness and empathy in adults. *Personality and individual differences*, 6, 613-619.
90. Favi, G. (2004). La representación memorable en la vida cotidiana en el cuento "El delincuente" de Manuel Rojas. *Revista chilena: Acta Literaria*, Concepción, 29, 155-160.

91. Federal Bureau of Investigation (1997). Uniform Crime Report, 1996. Washington, DC: U. S. Department of Justice.
92. Felthous, A. R. (1998). Introduction to Impulsive Aggression. *Behavioral Sciences and the Law*, 16, 281-283.
93. Field, S. (1992). The effect of temperature on crime. *British Journal of Criminology*, 32, 340-351.
94. Follete, V. & Alexander, P. (1992). Dating violence: Current and historical correlates. *Behavioural Assessment*, 14, 30-52.
95. Folino, J., Escobar-Córdoba, F., & Castillo, J. (2006) Exploración de la validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en la población carcelaria argentina. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 25, 132-148.
96. Fredrickson, B. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2, 300-319.
97. Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotion in positive psychology: The broaden and theory of positive emotion. *American Psychologist*, 56, 218-226.
98. Galen, B. R. & Underwood, M. K. (1997). A developmental investigation of social aggression among children. *Developmental Psychology*, 33, 589-600.
99. Gartner, Michel. "Bring back to prohibition". USA TODAY, May 4, 1994.
100. Garcia-León, A., Reyes, G. A., Vila, J., Pérez, N., Robles, H. & Ramos, M. M. (2002). The aggression questionnaire: A Validation study in student samples. *The Spanish Journal of Psychology*, 5, 45-53.
101. Gray, J. A., Owen, S., Davis, N. & Tsaltas (1983). Psychological and physiological relations between anxiety and impulsivity. En M. Zuckerman (Ed.), *Biological bases of sensation seeking, impulsivity and anxiety* (pp. 189-217). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
102. Gray, J. A. (1987). *The Psychology of fear and stress*. New York: Cambridge University Press.
103. Gray, J. A. (1970). The psychophysiological basis of introversion-extraversion. *Behavior Research and Therapy*, 8, 249-266.
104. Gray, J. A. (1977). Drug effects on fear and frustration: possible limbic site of action and minor tranquilizers. En L. L. Iversen, S. D. Iversen & S. L. Zinder (Eds.), *Handbook of psychopharmacology*, vol. 8. (pp. 433-529). New York: Plenum.
105. Gray, J. A. (1981). A critique of Eysenck's Theory Personality. En Eysenck, H. J. (Eds.), *A model for personality*(pp. 246-276). Berlin, New York: Springer UIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI Verlag Heidelberg.
106. Gelles, R. J. & Strauss, M. A. (1979). Determinants of violence in the family: Toward a theoretical integration. En W.R. Burr, R. Hill, F. I. Nye, I. L. Reiss (Eds.), *Contemporary Theories About The Family* (Vol. 1)(pp. 549-581). New York: Free.

107. George, D. y Mallery, P. (1995). *SPSS/PC + Step by: A Simple Guide and Reference*. Belmont, Wadsworth Publishing Company.
108. Geen, R. G. (2001). *Human aggression*. Buckingham: Open University.
109. Grisolí, J. S. (1997). Temporal lobe mechanisms and violence. En J. S. Grisolí, J. Sanmartín, J. L. Luján y S. Grisolí (Eds.), *Violence: From biology to society* (pp. 43-52). Amsterdam: Elsevier.
110. Hart, S. D. & Dempster, R. J. (1997). Impulsivity and Psychopathy. En C. D. Webster & M. A. Jackson (Eds.), *Impulsivity; theory, assessment and treatment* (pp. 212-232). New York: Guilford Press.
111. Herrero, O. y Colom, R. (2006). ¿Es verosímil la teoría de la delincuencia de David Lykken? *Psicothema*, 18, 374-377.
112. Hernández Sampieri, Roberto. 1991. *Metodología de la Investigación*. 2da Edición. Mexico.
113. Hess, N. H. & Hagen, E. H. (2006). Sex differences in indirect aggression. *Psychological evidence from young adults*. *Evolution and Human Behavior*, 27, 231-245.
114. Henry, B. & Moffitt, T. E. (1997). Neuropsychological and neuroimaging studies of juvenile delinquency and adult criminal behavior. En J. Breiling, D. M. Stoff & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (pp. 280-288). New York: Wiley.
115. Humphreys, M. S., & Revelle, W. (1984). Personality, motivation, and performance: A theory of the relationship between individual differences and information *Psychological Review*, 91, 153-184.
116. Huesmann, L. R. (1986). Psychological processes promoting the relation between exposure to media violence and aggressive behavior by the viewer. *Journal of Social Issues*, 42, 125-40.
117. Huesmann, L. R. (1998). The role of social information processing and cognitive schema in the acquisition and maintenance of habitual aggressive. En R. Geen & E. Donnerstein (Eds.), *Aggression. Theoretical and Methodological Issues*. Vol. I. (pp. 73-109). New York: Academic Press.
118. Investigación Explicativa (s/f). [Documento en línea]. Disponible: <http://www.mistareas.com.ve/investigacion-explicativa.htm> [Consulta: 2010, Mayo 18]
119. Jiménez, R. (2005). La delincuencia juvenil: fenómeno de la sociedad actual. *Papeles de población*, 043, 215-261.
120. Jiménez R., F; Mata Ch., E. 2004. "El Consumo de Drogas en la Población Privada de Libertad en Costa Rica y su relación con la Comisión del Delito". CICAD/OEA; IAFA; ICD; Ministerio de Justicia; San José, Costa Rica.
121. Jiménez, Rojas Franklin. El consumo de drogas en la población privada de libertad mayor de edad, indiciada y sentenciada en los sistemas penitenciarios de América, la relación con la comisión de sus delitos y las necesidades de tratamiento por dicho consumo: propuesta metodológica para su estudio. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas.

ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS CICAD/OEA. MAYO 2007.

122. Knorring, L. & Ekselius, L. (1998). Psychopharmacological treatment and impulsivity. En T. Millon, E. Simonsen, M. Birket-Smith & R. D. Davis (Eds.), *Psychopathy, antisocial, criminal and violent behavior* (pp. 359-371). New York: Guilford Press.
123. Knorring, L. & Ekselius, L. (1998). Psychopharmacological treatment and impulsivity. En T. Millon, E. Simonsen, M. Birket-Smith & R. D. Davis (Eds.), *Psychopathy, antisocial, criminal and violent behavior* (pp. 359-371). New York: Guilford Press.
124. Kholer, J (2004). Felicidad y modificabilidad cognitiva. *Liberabit*, 10, 68-81 MacCallum, R. C.; Widaman, K. F.; Zhang, S. & Hong, S. (1999). Sample size in factor analysis. *Psychological Methods*, 4, 84-99.
125. Klinteberg, B. A.; Andersson, T.; Magnusson, D. & Stattin, H. (1993). Hyperactive behaviour in childhood as related to subsequent alcohol problems and violent offending: a longitudinal study of male subjects. *Personality and Individual Differences*, 15, 381-388.
126. Lagerspetz, K.; Björkqvist, K. & Peltonen, T. (1988). Is indirect aggression typical of females? Gender differences in aggressiveness in 11-to 12-years-old children. *Aggressive Behavior*, 14, 403-414.
127. Leffingwell, A. (1892). *Illegitimacy and the influence of the seasons upon conduct*. New York: Scribners.
128. Lindquist, C. (2000). Social Integration and Mental Well-Being Among Jail Inmates. *Sociological Forum*, 15, 431 - 455. DOI: 10.1023/A:1007524426382.
129. Lorenz, K. (1987). Declaración sobre la violencia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 19, 256-259.
130. Lorenz, K. (1963). *On aggression*. New York: Harcourt, Brace & World.
131. Matthews, G., Jones, D. M. & Chamberlain, A. G. (1989). Interactive effects of extraversion and arousal on attentional task performance: multiple resources or encoding processes? *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 629-639.
132. Mazur, A. & Booth, A. (1998). Testosterone and dominance in men. *Behavior & Brain Sciences*, 21, 353-397.
133. Meesters, C., Muris, P., Bosma, H., Schouten, E. & Beuving, S. (1996). Psychometric evaluation of the dutch version of the aggression questionnaire. *Behavioral*.
134. Miller, T. Q.; Smith, T. W.; Turner, C. W.; Guijarro, M. L. & Hallet, A. J. (1996). A meta-analytic review of research on hostility and physical health. *Psychological Bulletin*, 119, 322-348.
135. Miller, N. E. (1941). The frustration - aggression hypothesis. *Psychological Review*, 48, 337-342.
136. Michael, R. P. & Zumpe, D. (1986). An annual rhythm in the battering of women. *American Journal of Psychiatry*, 143, 637-640.

137. Mirsky, A. F. & Siegel, A. (1994). The neurobiology of violence and aggression. En A. J. Reiss, K. A. Miczek y J. A. Roth (Eds.), *Understanding and preventing violence*. Vol. 2. Biobehavioral influences (pp. 59-172). Washington D.C.: National Academy Press.
138. Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas. "Actuar es Posible: Intervención sobre Drogas en Centros Penitenciarios". Artegraf S.A. España, 2007.
139. McMurrin, M., Blair, M. & Egan, V. (2002). An investigation of the correlations between aggression, impulsiveness, social problem-solving, and alcohol use. *Aggressive Behavior*, 28, 439-445.
140. McCown, W. G. & De Simone, P. (1993). Impulses, impulsivity and impulsive behaviors: a historical review of a contemporary issue. En W. G. McCown, J. L. Johnson & M. B. Shure (Eds.), *The impulsive client* (pp. 3-21). Washington, DC: American Psychological Association.
141. McCown, W. G., Johnson, J. L. & Shure, M. B. (1993). Introduction. En W. G. McCown, J. L. Johnson & M. B. Shure (Eds.), *The impulsive client, theory, research and treatment* (pp. 1-10). Washington DC: American Psychological Association.
142. Morales-Vives, F.; Codorniu-Raga, M. J. & Vigil-Colet, A. (2005). Características psicométricas de las versiones reducidas del cuestionario de agresividad de Buss y Perry. *Psicothema*, 17 (1), 96-100.
143. Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1783-1793.
144. Morales-Vives, F. (2003). Estructura factorial del cuestionari d'agressivitat de Buss i Perry: una comparació entre mostres i idiomes. Trabajo de investigación no publicado del Diploma de Estudios Avanzados, Universitat Rovira i Virgili, España.
145. Morales, H. (2008). Factores asociados y trayectorias del desarrollo del comportamiento antisocial durante la adolescencia: Implicancias para la prevención de la violencia juvenil en América Latina. *Interamerican Journal of Psychology*, 42, 129-142.
146. Morren, M. & Meesters, C. (2002). Validation of the Dutch Version of the Aggression Questionnaire in Adolescent Male Offenders. *Aggressive Behavior*, 28, 87-96
147. Murphy, J. E. (1988). Date abuse and forced intercourse among college students. En G. T. Hotaling, D. Finkelhor, J. T. Kirkpatrick & M. A. Straus (Eds.), *Family abuse and its consequences: New directions in research* (pp. 285-296). Newbury Park, CA: Sage.
148. National Institute of Justice (1994). *National Institute of Justice update: preventing interpersonal violence among youths*. Washington, DC: U.S. Department of Justice.
149. Nakano, K. (2001). Psychometric evaluation on the Japanese adaptation of the aggression questionnaire. *Behavioral Research and Therapy*, 39, 853-858.
150. National Evaluation Data Services (NEDS). 2002. "Cost Effectiveness and Cost Benefit Analysis of Substance Abuse Treatment: An annotated bibliography. Center of Substance Abuse Treatment. Department of Health and Social Services, USA.

151. Patton, Stanford & Barratt. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768 -774.
152. Padrós, F. (2002). *Disfrute y bienestar subjetivo. Un estudio psicométrico de la gaudibilidad.* Tesis doctoral en "Psicología del Aprendizaje Humano", Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona.
153. Palermo, G. B. (1997). The berserk syndrome: A review of mass murder. *Aggression and Violent Behavior*, 2 (1)-8.
154. Patton, J. H., Stanford, M. S. & Barratt, E.S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51 (6), 768-774.
155. Parra, A. (2000). La inseguridad desde la perspectiva del delincuente. *Espacio Abierto, Asociación Venezolana de Sociología*, 9, 415-432.
156. Parnanen, Kai; Cousineau, Marie-Marthe; Brochu, Serge; Sun, Fu. April 2002. "Proportions of Crimes associated with Alcohol and Other Drugs in Canada". Canadian Centre on Substance Abuse. Canada.
157. Prior, M. & Sanson, A. (1986). Attention deficit disorder with hiperactivity: A critique. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27, 307-319.
158. Pueyo, A. y Redondo, S. (2007). Predicción de la violencia: entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia. *Papeles del psicólogo*, 28, 157-173.
159. Raine, A. (1993). *The Psychopathology of crime: Crime behaviour as a clinical disorder.* San Diego: Academic Press.
160. Raine, A. & Buchsbaum, M. S. (1996). Violence and brain imaging. En D. M. Stoff & R. B. Cairns (Eds.), *Neurobiological approaches to clinical aggression research* (pp. 195-218). Mahwah, NJ: Erlbaum.
161. Raine, A.; Meloy, J. R.; Bihrl, S.; Stoddard, J.; LaCasse, L. & Buchsbaum, M. S. (1998). Reduced prefrontal and increased subcortical brain functioning assessed using positron emission tomography in predatory and affective murderers. *Behavior Sciences and the Law*, 16, 319-332.
162. Revelle, W., Humphreys, M. S., Simon, L. & Guillard, K. (1980). The interactive effect of personality, time of day, and caffeine: A test of the arousal model. *Journal of Experimental Psychology: General*, 109, 1-31.
163. Redondo, S, Pérez M. y Martínez M. (2007). El riesgo de reincidencia en agresores sexuales: Investigación básica y valoración mediante el SVR-20. *Papeles del Psicólogo*, 28, 187-195.
164. Reuterman, N. & Burcky, W. (1989). Dating violence in high school: A profile of victims. *Psychology: A Journal of Human Behaviour*, 26, 1-9.
165. Rodríguez, J. M., Peña, E., & Graña, J. L. (2002). Adaptación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Agresión. *Psicothema*, 14 (2), 476-482.

166. Romero, P. (2005). Sociología. En: Tratado SET de trastornos adictivos, (Sociedad Española de Toxicomanías) (Cood.), Pérez, Peris y col. Madrid: Médica Panamericana.
167. Sampieri, Roberto. Y otros. 2010. Metodología de Investigación. 5ta edición. Editorial. McGrawhill. Mexico.
168. Salmivalli, C. & Kaukiainen, A. (2004). "Female Aggression" revisited: Variable- and person-centered approaches to studying gender differences in different types of Aggressive Behavior, 30, 158-163.
169. Scarpa, A. & Raine, A. (2000). Violence associated with anger and impulsivity. En J. C. Borod (Ed.), The neuropsychology of emotion(pp. 320-329). New York: Oxford University Press.
170. Schank, R. C. & Abelson, R. P. (1977).Scripts, plans, goals and understanding: an inquiry into human knowledge structures. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
171. Stanford, M. S.; Greve, K. W. & Dickens, T. J. (1995). Irritability and impulsiveness: relationship to self-reported impulsive aggression. Personality and Individual Differences, 19 (5), 757-760.
172. Strauss, M. A. & Mouradian, V. E. (1998). Impulsive corporal punishment by mothers and anti-social behaviour and impulsiveness in children. Behavioral Sciences and the Law, 16, 353-374.
173. Stephenson, J. (1995). Men are not cost effective: male crime in America. New York: Harper Perennial.
174. Seelig, E. (1965). Tratado de Criminología. Instituto de estudios políticos. Madrid
175. Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: an Introduction, American Psychologist ,55, 4-14.
176. Seligman, M. y Gillham, J. (1999). Footsteps on the road to a positive psychology. Behavior Research and Therapy, .37, 163-173.
177. Scheier, M. Carver, C. y Bridges M. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, selfmastery, and selfesteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. Journal of Personality and Social Psychology, 67, 653-657.
178. Scheier, M.F. y Carver, C.S. (1985). Optimism, coping and Health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. Health psychology, 4, 219-247.
179. Smith, L. A. (1952). A dictionary of psychiatry for the layman. London: Maxwell
180. Smith, T. W. (1994). Concepts and methods inthe study of anger, hostility, and health. En A. W. Siegman & T. W. Smith (Eds.), Anger, hostility, and the heart (pp. 23-42). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
181. Smith, A.P.; Rusted, J.M.; Savory, M.; Eaton-Williams, P. & Hall, S.R. (1991). The effects of caffeine, impulsivity and time of day on performance, mood and cardiovascular function. Journal of Psychopharmacology, 5, 120-128.

182. Spielberger, C. D.; Jacobs, G.; Russell, J. S. & Crane, R. S. (1983). Assessment of anger: the state-trait anger scale. En: J. N. Butcher & C. D. Spielberger *Advances in Personality Assessment*, vol. 2(pp. 159-187). Hillside, NJ: Erlbaum.
183. Spielberger, C. D. (1988). *State-trait anger expression inventory professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
184. Suarez, E. C. & Williams, R. B. (1989). Situational determinants of cardiovascular and emotional reactivity in high and low hostile men. *Psychosomatic Medicine*. 51, 404-418.
185. Southwest Prevention Center. 2004. "Cost-Benefit of Prevention: Review of research literature". University of Oklahoma.
186. Tremblay, R. E., Pihl, R. O., Vitaro, F. & Dobkin, P. L. (1994). Predicting early onset of male anti-social behavior from preschool behavior. *Archives of General Psychiatry*, 51, 732-739.
187. Tesson, M; Hall, W; Lynsley, M; et.al. Alcohol and drug use disorders in Australia: implications of the National Survey of Mental and Welbeing. *Aust NZ J Psychiatry*; 34: pp. 206-213, 2000.
188. Tedeschi, J. T. & Felson, R. B. (1994). *Violence, aggression & coercive actions*. Washington, DC: American Psychological Association.
189. Oas, P. (1983). Impulsive behavior and assessment of impulsivity with hospitalized adolescents. *Psychological reports*, 53, 764-766.
190. Ortiz M., Fierro A., Blanca M., Cardenal V. y Sánchez L. (2006). Factores de personalidad y delitos violentos. *Psicothema*, 18, 459-464.
191. Owens, L.; Shute, R. & Slee, P. (2000). "I'm in and you're out...": Explanations for teenage girls' indirect aggression. *Psychology, Evolution, and Gender*, 2, 19-46.
192. Vera, B. (2006). *Psicología positiva: Una nueva forma de entender la psicología*. *Papeles del Psicólogo*, 27, 3-8.
193. Williams, T. Y., Boyd, J. C., Cascardi, M. A., & Poythress, N. (1996). Factor structure and convergent validity of the aggression questionnaire in an offender population. *Psychological Assessment*, 4, 398-403.
194. Weiss, J., Hawkins, J., Despinos, C. (2010). Redefining Boundaries: A Grounded Theory Study of Recidivism in Women. *Health Care for Women International*, 31, 258 – 273. DOI: 10.1080/07399330903052160
195. Zambrano, A. y Pérez, R. (2004). Construcción de identidad en jóvenes infractores de Ley, una mirada desde la psicología cultural. *Revista de Psicología, Chile*, XII, 115-132.
196. Zillmann, D. (1983). Arousal and aggression. En R. Geen & E. Donnerstein (Eds.), *Aggression. Theoretical and Methodological Issues*. Vol. I. (pp. 75-102). New York: Academic Pre

ANEXOS

Anexo 1

Cuestionario de Buss y Perry de Agresividad

Instrucciones: Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Esta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente. (Entrevistador: Lea cada oración al respondiente y marque la contestación. Si la persona no entiende la pregunta, plantéela de la forma que está entre paréntesis).

	<i>Raramente o nunca (0)</i>	<i>Ocasionalmente (1)</i>	<i>A menudo (3)</i>	<i>Siempre o casi siempre (4)</i>
1. Planifico mis tareas con cuidado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hago las cosas sin pensarlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Planifico mis viajes con antelación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Soy una persona con autocontrol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ahorro con regularidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos periodos de tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Pienso las cosas cuidadosamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurar que tendré dinero para pagar por mis gastos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Digo las cosas sin pensarlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo por largos periodos de tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Actúo impulsivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Visito al médico y al dentista con regularidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Hago las cosas en el momento que se me ocurren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Compró cosas impulsivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Yo termino lo que empiezo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Camino y me muevo con rapidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Gasto efectivo o en crédito más de lo que gano (gasto más de lo que gano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Hablo rápido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Me interesa más el presente que el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Me siento inquieto/a en clases o charlas (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar por un largo periodo de tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 2

Cuestionario de Impulsividad de Barratt

A continuación encontrará una serie de frases

sobre formas de pensar, sentir o actuar. Lea atentamente cada una de ellas y decida en qué grado pueden aplicarse a usted mismo. Su tarea consiste en valorar cada frase rodeando con un círculo aquella alternativa (5, 4, 3, 2 o 1) que mejor describa su forma de ser siguiendo esta escala:

5 completamente VERDADERO para mí	4 bastante VERDADERO para mí	3 ni VERDADERO ni FALSO para mí	2 bastante FALSO para mí	1 completamente FALSO para mí		
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 en seguida.	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, suelo mostrar mi irritación.	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 golpeándolo 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 como un barril de pólvora 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 pegarle 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 he roto cosas.	5	4	3	2	1
30	En ocasiones no puedo controlar las ganas de golpear a alguien.	5	4	3	2	1
31	A menudo discuto con los demás.	5	4	3	2	1
32	Cuando estoy frustrado, muestro el enfado que tengo.	5	4	3	2	1
33	Me pregunto por qué algunas veces me siento tan hostil con lo que me rodea.	5	4	3	2	1
34	Hay gente que me molesta tanto que llegamos a pegarnos.	5	4	3	2	1
35	Algunas veces me siento tan enfadado como si estuviera a punto de estallar.	5	4	3	2	1
36	Sé que mis «amigos» hablan de mí a mis espaldas.	5	4	3	2	1
37	He amenazado físicamente a otras personas.	5	4	3	2	1
38	Soy una persona que no suele enfadarse mucho.	5	4	3	2	1
39	Algunas veces siento que la gente me critica a mis espaldas.	5	4	3	2	1
40	Algunos de mis amigos piensan que me enfado fácilmente.	5	4	3	2	1

60
.
.
.
.
.
.
.
.
.
.
.

Anexo 3

Escala de Optimismo de Lot-R

4.1. TEST DE OPTIMISMO (Test de orientación vital - revisado - LOT-R)	4.2. CUESTIONARIO SF-36 SOBRE EL ESTADO DE SALUD REDUCIDO (SHORT-FORM, SF-36)	4.3. RELACIONES SOCIALES	4.4. PROBLEMAS PSIQUICOS
---	---	--------------------------	--------------------------

Indique el grado en que está de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. En momentos de incertidumbre suelo esperar lo mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Si algo me puede salirme mal, ocurrirá así.*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Siempre soy optimista sobre mi futuro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Casi nunca espero que las cosas me salgan bien*.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. No suelo esperar que me sucedan cosas buenas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. En general espero que me ocurran más cosas buenas que malas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Test de Optimismo

PUNTUACION TOTAL DEL TEST DE OPTIMISMO LT-R	
---	--

Anexo 4

Matriz de congruencia

Tema: Los delitos violentos en El Salvador como consecuencia de las conductas de impulsividad y agresividad asociadas al consumo de sustancias psicoactivas

Enunciado del problema: ¿Cómo influyen los delitos violentos en El Salvador en consecuencia de las conductas de impulsividad y agresividad asociadas al consumo de sustancias psicoactivas y la dimensión de optimismo que tienen sobre la vida los Privados de Libertad que se encuentran registrados en el Sistema Penitenciario de El Salvador en el periodo de agosto 2014 – mayo 2015?

Objetivo general: Determinar los delitos violentos en El Salvador como consecuencia de las conductas de impulsividad y agresividad asociadas al consumo de sustancias psicoactivas de acuerdo a los diferentes modelos teóricos de impulsividad y agresividad en la población privada de libertad que se encuentran en los diferentes Centros Penitenciarios de El Salvador.

Objetivos específicos	Hipótesis de trabajo	Unidades de análisis	Variables	Operacionalización de variables	Indicadores	Técnica a utilizar	Tipo de instrumento
Objetivo 1: Identificar las sustancias psicoactivas más frecuentemente consumidas por los privados de libertad previo a la comisión del delito por los que fueron imputados.	«Los delitos violentos en El Salvador tienen una influencia significativa en consecuencia de las conductas de impulsividad y agresividad asociadas al consumo de sustancias psicoactivas».	Privados de libertad con antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas en los 14 centros penitenciarios de El Salvador	Sustancia psicoactiva de consumo previo de los privados de Libertad	Cuestionario con registro de datos del tipo de droga consumida y comisión del delito	Los diferentes tipos de drogas lícitas e ilícitas	Capacitación del personal y Recolección de información a través de los cuestionarios validados	Cuestionario con registro de datos sociodemográficos

<p>Objetivo 2: Analizar las conductas de impulsividad y agresividad de acuerdo a la teoría agresividad impulsiva de E. Barratt.</p>	<p>«Los delitos violentos en El Salvador tienen una influencia significativa en consecuencia de las conductas de impulsividad y agresividad asociadas al consumo de sustancias psicoactivas».</p>	<p>Privados de libertad con antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas en los 14 centros penitenciarios de El Salvador</p>	<p>Factores predictores de Impulsividad y agresividad</p>	<p>Aplicación de los cuestionarios de impulsividad de Barrat, y la escala de agresividad de Buss y Perry.</p>	<p>Impulsividad Cognitiva: (8 ítems) 4,7,10,13,16,19,24 y 27; Impulsividad Motora: (10 ítems) 2,6,9,12,15,18,21,23,26 y 29; Impulsividad no Planeada: (12 ítems) 1,3,5,8,11,14,17,20,25,28 y 30.</p> <p>Agresividad física: conductas físicas que hieren o perjudican a otras personas.</p> <p>– Agresividad verbal: conductas verbales que hieren o perjudican a otras personas.</p> <p>Hostilidad: sensaciones de infortunio o injusticia. Representa el componente cognitivo de la agresividad.</p> <p>Ira: es el componente emocional o afectivo de la agresividad (sentimientos relacionados con la agresividad).</p>	<p>Capacitación del personal y Recolección de información a través de los cuestionarios validados de impulsividad y agresividad</p>	<p>Escala de Impulsividad de Barrat o BIS 11 y Aggression Questionnaire (AQ, Buss & Perry 1992</p>
<p>Objetivo 3: Establecer el modelo explicativo de la agresividad e impulsividad sobre el consumo de sustancias psicoactivas como factores detonantes de crímenes violentos.</p>	<p>«Los delitos violentos en El Salvador tienen una influencia significativa en consecuencia de las conductas de impulsividad y agresividad asociadas al consumo de sustancias psicoactivas».</p>	<p>Privados de libertad con antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas en los 14 centros penitenciarios de El Salvador</p>	<p>Factores predictores de la impulsividad, agresividad, optimismo, El género, tipo de sustancias psicoactivas, comisión del delito</p>	<p>Aplicación de los cuestionarios de impulsividad de Barrat, El Test de LOT-R para el optimismo y la escala de agresividad de Buss y Perry. Se utilizara una hoja de vaciamiento por cada objetivo con relación a las preguntas relacionadas a las variables de estudio.</p>	<p>Dos dimensiones (optimismo y pesimismo) en escala de Likert.</p> <p>Impulsividad Cognitiva: (8 ítems) 4, 7, 10, 13, 16, 19, 24 y 27; Impulsividad Motora: (10 ítems) 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26 y 29; Impulsividad no Planeada: (12 ítems) 1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 25, 28 y 30. – Agresividad física: conductas físicas que hieren o perjudican a otras personas.</p> <p>– Agresividad verbal: conductas verbales que hieren o perjudican a otras personas.</p>	<p>Capacitación del personal y Recolección de información a través de los cuestionarios validados de impulsividad, agresividad y de optimismo.</p>	<p>Escala de Impulsividad de Barrat o BIS 11, Life Orientation Test versión revisada (LOT-R) y Aggression Questionnaire (AQ, Buss & Perry 1992)</p>

<p>Objetivo 4: determinar el nivel de optimismo de los privados de libertad.</p>	<p>«Los delitos violentos en El Salvador tienen una influencia significativa en consecuencia de las conductas de impulsividad y agresividad asociadas al consumo de sustancias psicoactivas».</p>	<p>Privados de libertad con antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas en los 14 centros penitenciarios de El Salvador</p>	<p>Nivel de Optimismo</p>	<p>El Test de LOT-R para el optimismo</p>	<p>– Hostilidad: sensaciones de infortunio o injusticia. Representa el componente cognitivo de la agresividad. – Ira: es el componente emocional o afectivo de la agresividad (sentimientos relacionados con la agresividad). - Dos dimensiones (optimismo y pesimismo) en escala de Likert.</p>	<p>Capacitación del personal y Recolección de información a través del cuestionarios validado de optimismo.</p>	<p>Life Orientation Test versión revisada (LOT-R)</p>
<p>Objetivo 5: Validar las escalas de Agresividad de Buss y Perry (1992) y de Impulsividad de Barrat, BIS-11, aplicadas en la población privada de libertad de El Salvador.</p>	<p>«Los delitos violentos en El Salvador tienen una influencia significativa en consecuencia de las conductas de impulsividad y agresividad asociadas al consumo de sustancias psicoactivas».</p>	<p>Privados de libertad con antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas en los 194 centros penitenciarios de El Salvador</p>	<p>Factores predictores de Impulsividad y agresividad</p>	<p>Aplicación de los cuestionarios de impulsividad de Barrat, y la escala de agresividad de Buss y Perry.</p>	<p>- Impulsividad Cognitiva: (8 ítems) 4, 7, 10, 13, 16, 19, 24 y 27; Impulsividad Motora: (10 ítems) 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26 y 29; Impulsividad no Planeada: (12 ítems) 1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 25, 28 y 30. – Agresividad física: conductas físicas que hieren o perjudican a otras personas. – Agresividad verbal: conductas verbales que hieren o perjudican a otras personas. – Hostilidad: sensaciones de infortunio o injusticia. Representa el componente cognitivo de la agresividad. – Ira: es el componente emocional o afectivo de la agresividad (sentimientos relacionados con la agresividad).</p>	<p>Capacitación del personal y Recolección de información a través de los cuestionarios validados</p>	<p>Escala de Impulsividad de Barrat o BIS 11 y Aggression Questionnaire (AQ, Buss & Perry 1992</p>

Anexo 5

Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

Título del protocolo: los delitos violentos en El Salvador como consecuencia de las conductas de impulsividad y agresividad asociadas al consumo de sustancias psicoactivas

Investigador principal: Dra. Cecilia Castro.

Sede donde se realizará el estudio: Centros Penitenciarios.

Nombre del paciente: _____

En caso de aceptar participar en el estudio, este consistirá en contestar unas preguntas de 3 cuestionarios que permitirán recolectar la información necesaria para contribuir al estudio de investigación. Ante de decidir a participar, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Es de suma importancia realizar dicho estudio sobre los delitos violentos en El Salvador como consecuencia de las conductas de impulsividad y agresividad asociadas al consumo de sustancias psicoactivas 2014-2015, con el fin de intentar acercarnos a la predicción de la conducta delictiva y a buscar pautas de abordaje terapéutico para este tipo de conductas en personas afectadas por estos problemas sociales, considerando además la percepción de los mismo en la dimensión de optimismo que tienen sobre la vida.

2. OBJETIVO DEL ESTUDIO

Objetivo General:

Determinar los delitos violentos en El Salvador como consecuencia de las conductas de impulsividad y agresividad asociadas al consumo de sustancias psicoactivas de acuerdo a los diferentes modelos teóricos de impulsividad y agresividad en la población privada de libertad que se encuentran en los diferentes Centros Penitenciarios de El Salvador.

Objetivos específicos:

Objetivo 1: Identificar las sustancias psicoactivas más frecuentemente consumidas por los

privados de libertad previo a la comisión del delito por los que fueron imputados.

Objetivo 2: Analizar las conductas de impulsividad y agresividad de acuerdo a la teoría agresividad impulsiva de E. Barratt.

Objetivo 3: Establecer el modelo explicativo de la agresividad e impulsividad sobre el consumo de sustancias psicoactivas como factores detonantes de crímenes violentos.

Objetivo 4: Determinar el nivel de optimismo de los privados de libertad.

Objetivo 5: Validar las escalas de *Agresividad de Buss y Perry (1992)* y de *Impulsividad de Barrat, BIS-11*, aplicadas en la población del sistema penitenciario salvadoreño.

3. BENEFICIOS DEL ESTUDIO

Con este estudio conocerá de manera clara la importancia y el impacto que las conductas agresivas tienen actualmente a nivel social, afectando a niños, adolescentes y a los adultos, y la preocupación que generan las consecuencias de esto; el estudio pretende comprobar hasta qué punto la impulsividad en una población privada de libertad constituye un factor de riesgo para la conducta agresiva. Este estudio permitirá que en un futuro los privados de libertad puedan beneficiarse del conocimiento obtenido para su abordaje terapéutico.

4. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted, sus hábitos y sus conductas.

5. RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO

Ninguno.

6. ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando el investigador responsable no se lo solicite-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será conservada con estricta confidencialidad por el grupo de colaboradores.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

7. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos globales de este estudio son considerados para fines científicos y académicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Firma del participante Fecha

Testigo (colaborador) Fecha

Esta parte debe ser completada por el Investigador (el colaborador):

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar la investigación y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procederá a firmar el presente documento.

Firma del investigador Fecha

Anexo 6

Consolidado de privados de libertad en El Sistema Penitenciario de El Salvador, octubre 2014

CENTRO PENAL	PROCESADOS				CONDENADOS				TOTAL
	DENTRO	OTROS CP	JUZGADOS	OTROS	DENTRO	OTROS CP	JUZGADOS	OTROS	
CENTRO PENAL DE APANTEOS	956	0	8	7	2943	0	1	25	3940
CENTRO PENAL DE IZALCO	816	0	32	1	1223	0	8	0	2080
CENTRO PENAL DE METAPAN	80	0	12	2	188	0	1	3	286
CENTRO PENAL DE SONSONATE	47	0	3	2	697	0	3	0	752
PENITENCIARIA OCCIDENTAL	127	0	0	1	785	0	0	12	925
CENTRO R. DE MUJERES ILOPANGO	523	0	18	2	1478	0	3	2	2026
PENITENCIARIA CENTRAL LA ESPERANZA	368	0	9	3	4559	0	6	74	5019
CENTRO PENAL DE QUEZALTEPEQUE	322	0	16	1	722	0	7	2	1070
CENTRO PENAL DE CHALATENANGO	178	0	0	0	1064	0	3	1	1246
PENITENCIARIA ORIENTAL	205	0	3	1	1205	0	2	1	1417
CENTRO PENAL DE COJUTEPEQUE	206	0	10	0	880	0	10	3	1109
CENTRO PENAL SENSUNTEPEQUE	81	0	3	0	383	0	1	0	468
CENTRO PENAL DE SEG. ZACATECOLUCA	35	0	11	0	322	0	5	0	373
CENTRO PENAL CIUDAD BARRIOS	458	0	4	0	2231	0	2	3	2698
CENTRO PENAL JUCUAPA	273	0	9	2	105	0	0	0	389
CENTRO PENAL SAN FRANCISCO GOTERA	155	0	4	0	408	0	2	0	569
CENTRO PENAL LA UNION	261	0	10	0	86	0	0	1	358
CENTRO PENAL USULUTAN	13	6	0	0	1303	0	1	45	1368
CENTRO PENAL SAN MIGUEL	119	0	6	0	1323	0	0	2	1450
PABELLON DE RESGUARDO PSQUIATRICO	51	0	0	0	66	1	0	2	120
CENTRO ABIERTO LA ESPERANZA	0	0	0	0	31	0	1	72	104
CENTRO ABIERTO SANTA TECLA	0	0	0	0	1	0	0	11	12
RESGUARDO HOSPITAL ROSALES	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALES	5274	6	158	22	22003	1	56	259	27779

Fuente: Sistema de Información del Sistema Penitenciario de El Salvador, octubre 2014.

Anexo 7

Consolidado de privados de libertad en el Sistema Penitenciario de El Salvador, marzo 2015

CENTRO PENAL	PROCESADOS				CONDENADOS				TOTAL
	DENTRO	OTROS CP	JUZGADOS	OTROS	DENTRO	OTROS CP	JUZGADOS	OTROS	
CENTRO PENAL DE APANTEOS	900	0	10	6	2988	0	1	16	3921
CENTRO PENAL DE IZALCO	988	0	6	0	1293	0	2	1	2290
CENTRO PENAL DE METAPAN	94	0	2	3	172	0	0	18	289
CENTRO PENAL DE SONSONATE	56	0	1	2	703	0	1	0	763
PENITENCIARIA OCCIDENTAL	160	0	0	1	846	0	2	0	1009
CENTRO R. DE MUJERES ILOPANGO	541	0	13	0	1519	0	1	2	2076
PENITENCIARIA CENTRAL LA ESPERANZA	408	0	5	2	4587	0	3	11	5016
CENTRO PENAL DE QUEZALTEPEQUE	456	0	0	1	749	0	0	1	1207
CENTRO PENAL DE CHALATENANGO	222	0	3	0	1108	0	0	3	1336
PENITENCIARIA ORIENTAL	166	0	4	1	1257	0	1	6	1435
CENTRO PENAL DE COJUTEPEQUE	195	0	2	0	910	0	0	6	1113
CENTRO PENAL SENSUNTEPEQUE	80	0	1	1	362	0	0	1	445
CENTRO PENAL DE SEG. ZACATECOLUCA	33	0	3	0	358	0	4	2	400
CENTRO PENAL CIUDAD BARRIOS	486	0	11	1	2279	0	4	2	2783
CENTRO PENAL JUCUAPA	311	0	10	0	61	0	0	2	384
CENTRO PENAL SAN FRANCISCO GOTERA	206	0	3	0	434	0	2	0	645
CENTRO PENAL LA UNION	330	0	9	3	45	0	0	0	387
CENTRO PENAL USULUTAN	19	0	0	0	1452	0	0	13	1484
CENTRO PENAL SAN MIGUEL	125	0	3	1	1288	0	0	40	1457
PABELLON DE RESGUARDO PSQUIATRICO	39	0	0	1	73	1	0	2	116
CENTRO ABIERTO LA ESPERANZA	0	0	0	0	33	0	0	74	107
CENTRO ABIERTO SANTA TECLA	0	0	0	0	1	0	2	7	10
RESGUARDO HOSPITAL ROSALES	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALES	5815	0	86	23	22518	1	23	207	28673

Fuente: Sistema de Información del Sistema Penitenciario de El Salvador, marzo 2015.

Anexo 8

Términos referidos a nombres y denominaciones de drogas

Este glosario es una síntesis del documento del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, CONACE, del Gobierno de Chile, de marzo del 2008. El documento completo se encuentra en: <http://www.bibliodrogas.cl/bibliodrogas/documentos/glosario%20version%20final.pdf> . En algunos casos se han incorporado definiciones de NIDA: <http://www.nida.nih.gov/nidaespanol.html>

Anexo 9

Agrupación de subescalas del cuestionario de Buss y Perry de agresividad

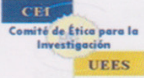
Adaptación española del AQ (Rodríguez et al., 2002). En gris los ítems que forman las versiones reducidas

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

Anexo 10

Acta de evaluación de protocolo de estudio clínico

Comité de Ética para la Investigación



UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR
VICE RECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y SERVICIOS UNIVERSITARIOS
COMITÉ DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN

ACTA N° 70

**ACTA DE EVALUACION
PROTOCOLO DE ESTUDIO CLINICO**

En San Salvador, a los veintitrés días del mes de Febrero de dos mil quince, el Comité de Ética para la Investigación de la Universidad Evangélica de El Salvador, con asistencia de sus miembros permanentes:

Lic. Vladimir Torres, Lic. Marlin Reyes, y Dr. Eduardo Hurtado, han revisado los documentos presentados por la investigadora: Dra. Cecilia Jeannette Castro Figueroa (Investigadora Principal).

1. Protocolo titulado: **"EL EFECTO DE LA IMPULSIVIDAD SOBRE LA AGRESIVIDAD EN LA POBLACION PRIVADA DE LIBERTAD CON ANTECEDENTES PREVIOS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS"** versión: Español.
2. Cartas de intención para Rectoría UEES y Presidencia del CEI-UEES: SI
3. Formulario de consentimiento informado. Si.

Observaciones en el consentimiento informado:

- a. Modificaciones de forma en la redacción del consentimiento informado, abajo del nombre del paciente _____
- b. Se lee: "Antes de decidir participar debe conocer y comprender....." y se sugiere que se lea: "Ante de decidir a participar, debe conocer y comprender..."
- c. En el literal 4. Procedimientos del estudio:
 - Sobre la participación del sujeto, ¿en qué consiste? Mejorar redacción, se sugiere que debe decir: "encaso de aceptar participar en el estudio, este consistirá en contestar unas preguntas de un cuestionario que...."
- d. En el anteproyecto en general de mencionarse que la unidad de análisis debe tener el antecedente de drogodependiente y no como antecedente de haber consumido drogas o sustancias psicoactivas.
- e. Debe mencionarse que las dos pruebas serán pasadas a cada uno de los participantes.

- f. Debe mejorarse el instrumento en la redacción del encabezado haciendo alusión al estudio en cuestión así como el nombre de la universidad.

En el apartado 7 carta de consentimiento informado se lee: "los datos obtenidos en este estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos" a lo cual se recomienda redactar así: "los datos globales de este estudio con fines científicos y académicos".

Observaciones de Contenido:

Se recomienda una revisión de la fuente de información ya que no delimitan la zona geográfica de donde fueron obtenidos en estudios previos de otros países.

En consecuencia, el Comité de Ética para la investigación de la UEES dictamina: **Aprobado con recomendaciones u observaciones** por mayoría de sus miembros el estudio clínico en mención.

Dra. Carmen Elisa Castro de Díaz
Presidenta

Licda. Iris Fidélna de Arévalo
Vicepresidenta



Licda. Mayra Jeaneth García Murillo
Secretaria

C/C.

- Investigador Principal.
- Institución.
- Secretaría C.E.I.

Anexo 11

Análisis factorial de la escala de impulsividad
Método de extracción y de varianza

Comunalidades

	Inicial	Extracción
Planifico mis tareas con cuidado	1.000	.604
Hago las cosas sin pensarlo	1.000	.722
Casi nunca me tomo las cosas a pecho	1.000	.577
Mis pensamientos pueden tener gran velocidad	1.000	.709
Planifico mis viajes con anticipación	1.000	.531
Soy una persona con autocontrol	1.000	.585
Me concentro con facilidad	1.000	.640
Ahorro con regularidad	1.000	.589
Se me hace difícil estar quieto por largos periodos de tiempo	1.000	.619
Pienso las cosas cuidadosamente	1.000	.666
Planifico para tener un trabajo fijo	1.000	.602
Digo las cosas sin pensarlo	1.000	.609
Me gusta pensar sobre problemas complicados	1.000	.603
Cambio de trabajo frecuentemente	1.000	.685
Actuó impulsivamente	1.000	.523
Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente	1.000	.698
Visito al médico y al dentista con regularidad	1.000	.585
Hago las cosas en el momento que se me ocurren	1.000	.685
Soy una persona que piensa sin distraerse	1.000	.685
Cambio de vivienda a menudo	1.000	.712
Compro cosas impulsivamente	1.000	.658
Yo termino lo que empiezo	1.000	.567
Camino y me muevo con rapidez	1.000	.685
Resuelvo los problemas experimentando	1.000	.547
Gasto efectivo o en crédito más de lo que gano	1.000	.693
Hablo rápido	1.000	.625
Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando	1.000	.585

Me interesa más el presente que el futuro	1.000	.735
Me siento inquieto en clases o charlas	1.000	.513
Planifico para el futuro	1.000	.647
Método de extracción: Análisis de componentes principales.		

Varianza total explicada

componente	Auto valores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4.906	16.353	16.353	4.906	16.353	16.353
2	3.855	12.849	29.201	3.855	12.849	29.201
3	1.649	5.495	34.696	1.649	5.495	34.696
4	1.555	5.182	39.878	1.555	5.182	39.878
5	1.343	4.476	44.354	1.343	4.476	44.354
6	1.255	4.183	48.537	1.255	4.183	48.537
7	1.214	4.046	52.583	1.214	4.046	52.583
8	1.073	3.575	56.158	1.073	3.575	56.158
9	1.029	3.429	59.586	1.029	3.429	59.586
10	1.009	3.362	62.949	1.009	3.362	62.949
11	.955	3.184	66.132			
12	.888	2.959	69.092			
13	.796	2.654	71.746			
14	.775	2.582	74.328			
15	.711	2.370	76.698			
16	.679	2.263	78.961			
17	.647	2.156	81.116			
18	.617	2.056	83.172			
19	.602	2.007	85.179			
20	.547	1.822	87.001			
21	.533	1.777	88.778			
22	.497	1.656	90.435			

23	.449	1.498	91.932			
24	.436	1.452	93.385			
25	.387	1.290	94.675			
26	.370	1.233	95.908			
27	.339	1.131	97.039			
28	.320	1.065	98.104			
29	.300	1.001	99.105			
30	.268	.895	100.000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Varianza total explicada

Componente	Auto valores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4.906	16.353	16.353	4.906	16.353	16.353
2	3.855	12.849	29.201	3.855	12.849	29.201
3	1.649	5.495	34.696	1.649	5.495	34.696
4	1.555	5.182	39.878	1.555	5.182	39.878
5	1.343	4.476	44.354	1.343	4.476	44.354
6	1.255	4.183	48.537	1.255	4.183	48.537
7	1.214	4.046	52.583	1.214	4.046	52.583
8	1.073	3.575	56.158	1.073	3.575	56.158
9	1.029	3.429	59.586	1.029	3.429	59.586
10	1.009	3.362	62.949	1.009	3.362	62.949
11	.955	3.184	66.132			
12	.888	2.959	69.092			
13	.796	2.654	71.746			
14	.775	2.582	74.328			
15	.711	2.370	76.698			
16	.679	2.263	78.961			
17	.647	2.156	81.116			
18	.617	2.056	83.172			

19	.602	2.007	85.179			
20	.547	1.822	87.001			
21	.533	1.777	88.778			
22	.497	1.656	90.435			
23	.449	1.498	91.932			
24	.436	1.452	93.385			
25	.387	1.290	94.675			
26	.370	1.233	95.908			
27	.339	1.131	97.039			
28	.320	1.065	98.104			
29	.300	1.001	99.105			
30	.268	.895	100.000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Anexo 12

Análisis factorial de la escala de agresividad

Método de extracción y de varianza

Comunalidades

	Inicial	Extracción
De vez en cuando no puedo controlar el impulso de golpear a otra persona	1.000	.616
Cuando no estoy de acuerdo con mis amigos, discuto abiertamente con ellos	1.000	.487
Me enfado rápidamente pero se me pasa en seguida	1.000	.612
A veces soy bastante envidioso	1.000	.480
Si se me provoca lo suficiente puedo golpear a otra persona	1.000	.584
A menudo no estoy de acuerdo con la gente	1.000	.453
Cuando estoy frustrado suelo mostrar mi irritación	1.000	.588
En ocasiones siento que la vida me ha tratado injustamente	1.000	.587
Si alguien me golpea le respondo golpeándolo también	1.000	.628
Cuando la gente me molesta discuto con ellos	1.000	.593
Algunas veces me siento como un barril de pólvora a punto de estallar	1.000	.510

Parece que siempre son otros los que consiguen las oportunidades	1.000	.604
Me suelo implicar en las peleas algo más de lo normal	1.000	.684
Cuando la gente no está de acuerdo conmigo no puedo remediar discutir con ellos	1.000	.626
Soy una persona apacible	1.000	.541
Me pregunto porque algunas veces me siento tan resentido por algunas cosas	1.000	.498
Si tengo que recurrir a la violencia para proteger mis derechos lo hago	1.000	.579
Mis amigos dicen que discuto mucho	1.000	.709
Algunos de mis amigos piensan que soy una persona impulsiva	1.000	.583
Sé que mis amigos me critican a mis espaldas	1.000	.704
Hay gente que me incita a tal punto que llegamos a pegarnos	1.000	.608
Algunas veces pierdo los estribos sin razón	1.000	.614
Desconfió de desconocidos demasiado amigables	1.000	.634
No encuentro ninguna buena razón para pegarle a una persona	1.000	.709
No tengo dificultades para controlar mi genio	1.000	.593
Alguna vez siento que la gente se está riendo de mí a mis espaldas	1.000	.622
He amenazado a gente que conozco	1.000	.569
Cuando la gente se muestra especialmente amigable me pregunto qué querrán	1.000	.686
He llegado a estar tan furioso que he roto cosas	1.000	.634

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Varianza total explicada

Componente	Auto valores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	10.336	35.640	35.640	10.336	35.640	35.640
2	2.206	7.606	43.246	2.206	7.606	43.246
3	1.415	4.880	48.126	1.415	4.880	48.126
4	1.261	4.348	52.474	1.261	4.348	52.474
5	1.102	3.800	56.274	1.102	3.800	56.274
6	1.018	3.510	59.784	1.018	3.510	59.784
7	.949	3.271	63.055			
8	.910	3.137	66.192			
9	.812	2.799	68.991			
10	.785	2.708	71.700			
11	.702	2.420	74.119			
12	.666	2.297	76.416			
13	.652	2.247	78.663			
14	.615	2.120	80.784			
15	.567	1.954	82.738			
16	.505	1.742	84.480			
17	.499	1.721	86.201			
18	.473	1.631	87.832			
19	.455	1.569	89.401			
20	.426	1.470	90.871			
21	.397	1.371	92.242			
22	.387	1.334	93.577			
23	.333	1.148	94.725			
24	.313	1.078	95.803			
25	.299	1.031	96.834			
26	.273	.940	97.774			
27	.245	.845	98.618			
28	.207	.713	99.331			
29	.194	.669	100.000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.